

DES

INTERVENTIONS

SUR LA

ZONE GÉNITALE DE LA FEMME

TRAITEMENT DE CERTAINS CAS D'HYSTÉRIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Mai 1905

PAR

Jean SARRADON

Né le 2 Décembre 1880, à Marsillargues (Hérault)

EX-INTERNE DES HÔPITAUX DE GRENOBLE (Concours 1902, n° 1)

INTERNE DES HÔPITAUX ET DE LA MATERNITÉ DE MONTPELLIER (Concours 1902, n° 1)

Pour obtenir le titre de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE DELORD-BOEHM ET MARTIAL

Éditeurs du « Montpellier Médical »

1905

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✱)..... DOYEN
TRUC..... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✱).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie.....	GRYNFELTT
— Charg. du Cours, M. GUÉRIN...	
Thérapeutique et Matière médicale.....	HAMELIN (✱).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DU CAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et Appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et Toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS H.

Professeur adjoint : M. RAUZIER.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✱), BERTIN-SANS E. (✱).

Secrétaire honoraire : M. GOT

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements.....	MM. VALLOIS, agrégé libre.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards....	RAUZIER, agr. lib. prof. adj.
Pathologie externe.....	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale.....	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE.	MM. VIRES.	MM. GUÉRIN.
DE ROUVILLE.	VEDEL.	SOUBEIRAN.
PUECH.	JEANBRAU.	GAGNIÈRE.
GALAVIELLE.	POUJOL.	Ed. GRYNFELTT.
RAYMOND.	ARDIN-DELTEIL.	

M. IZARD, *Secrétaire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TÉDENAT, Professeur, <i>Président</i> .		MM. GUÉRIN-VALMALE, Agrégé.
CARRIEU, Professeur.		SOUBEIRAN, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FIANCÉE

A MES PARENTS ET AMIS

J. SARRADON.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE ET EXCELLENT MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A MON MAÎTRE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU

A MES MAÎTRES DES CONFÉRENCES D'INTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR ADJOINT RAUZIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANBRAU

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GRYNFELTT

J. SARRADON.

A MES MAÎTRES
DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

INTERNAT

1903

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BROUSSE

1904

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

1905

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUÉRIN-VALMALE

A L'INTERNAT

J. SARRADON.

AVANT-PROPOS

On ne sent réellement la valeur d'un bien que lorsqu'on en est privé ; c'est surtout maintenant, sur le point de terminer nos études, que nous apprécions pleinement la valeur des leçons, des conseils et des directions de nos maîtres. Les remercier au début de notre thèse nous paraissait bien banal et nous hésitions à le faire, mais la reconnaissance et la vraie, « celle qui vient du cœur », nous fait un devoir d'adresser l'expression de notre sincère gratitude et de notre dévouée affection à ceux qui nous furent si utiles dans le cours de nos études.

Ce que fit pour nous M. le professeur Tédénat ne se dit pas en quelques mots. Son enseignement merveilleux de vie et de précision, son habileté chirurgicale, ont pu être appréciés de tous ; mais il est une chose que nous avons éprouvée particulièrement, c'est sa bienveillance à notre égard. Pendant une année d'internat passée dans son service, il fut pour nous un maître en nous apprenant à observer et à aimer les malades, un ami en nous donnant des conseils pleins de bonté et d'expérience. Il a bien voulu inspirer et présider notre thèse. Ce sont choses que l'on n'oublie pas.

M. le professeur Carrieu nous permettra de rappeler ici la bonté et la sympathie dont il nous a entouré pendant notre passage comme interne dans son service. Tous nos remerciements lui sont acquis.

M. le professeur agrégé Brousse se montra toujours à notre égard d'une amabilité qui nous a touché vivement : nous lui en témoignons ici notre reconnaissance.

M. le professeur agrégé Guérin-Valmale, chef de service à la Maternité, par son enseignement élégant et clair, sut nous faire aimer l'obstétrique : pendant notre internat dans son service, il fit plus, il s'attira notre respectueuse sympathie et notre gratitude sincère : qu'il nous permette ici de lui en faire l'hommage.

A nos maîtres de conférence : MM. Rauzier, professeur adjoint ; Jeanbrau et Grynfeldt, professeurs agrégés, vont nos souvenirs les plus chers. Ils furent pour nous des initiateurs, ils nous révélèrent la médecine. Nous garderons de leur enseignement une empreinte ineffaçable.

Leur amitié nous est précieuse et nous sommes heureux et fier de la posséder.

Nous ne saurions oublier MM. les professeurs agrégés de Rouville et Soubeiran : leur amabilité a fait naître en nous une sincère reconnaissance.

Et enfin nous adresserons un affectueux souvenir à tous nos camarades de l'Internat. Quelques mots suffiraient-ils pour dire le charme et les regrets que laissent les amitiés contractées dans ce milieu si gai et si profitable ? Nous dirons seulement à ceux qui l'ont déjà quitté le souvenir qu'ils ont laissé en nous, à ceux qui y sont encore, la tristesse que nous avons à leur adresser nos adieux. Les plus belles années de notre jeunesse se sont très heureusement écoulées parmi eux. Merci à l'Internat et tous nos vœux pour sa prospérité.

DES INTERVENTIONS

SUR LA

ZONE GÉNITALE DE LA FEMME

TRAITEMENT DE CERTAINS CAS D'HYSTÉRIE

INTRODUCTION

Ars tota in observationibus.

En prenant comme sujet de notre thèse inaugurale : « Des interventions sur la zone génitale de la femme, traitement de certains cas d'hystérie », nous n'avons pas eu la prétention d'apporter des vues originales ou une lumière nouvelle dans une question ancienne et fort étudiée. Nous ne nous sommes pas dissimulé les difficultés de notre tâche : les opinions sont très variées, nous n'avons pas voulu prendre tout d'abord parti. Nous avons passé en revue les divers avis des opérateurs, discuté certaines observations, apporté les nôtres, et, partant de cet ensemble de documents, nous avons cherché à formuler des indications.

Les relations des cas étudiés dans le service de M. le pro-

fesseur Tédénat nous ont paru intéressantes par la précision des faits qui y sont rapportés et par la longue durée des guérisons obtenues. Nous avons eu, en effet, l'occasion de remarquer la légèreté avec laquelle certains auteurs apportaient comme guéris définitivement des cas de malades opérés peu de temps auparavant.

Nous allons exposer ici rapidement le plan de notre travail, expliquant ainsi l'idée directrice qui nous a guidé.

Il nous a paru bon de faire un historique rapide de la question, montrant l'évolution des idées sur le sujet qui nous occupe. Le souvenir des erreurs de nos prédécesseurs peut seul nous éviter à l'avenir de pareilles fautes.

L'hystérie est-elle une maladie ou un syndrome clinique ? telle est la question que nous poserons dans le chapitre suivant.

Quelles sont les causes de cette névrose, quel est le rôle des agents provocateurs dans la production de l'hystérie ? L'influence de l'appareil génital est-elle considérable ou peu marquée ?

Voici une série de demandes auxquelles nous donnerons des réponses de notre mieux.

Nous localisant avec plus de précision dans notre sujet, nous étudierons le rôle de l'ovaire dans l'organisme à l'état sain, puis l'influence des lésions de l'appareil génital sur l'état général.

De la théorie passant à la pratique, nous relèverons les opinions des auteurs sur la question qui nous occupe, nous critiquerons certaines observations ; puis, arrivant aux faits, nous les diviserons en deux classes : favorables ou contraires à l'intervention chirurgicale.

De ces opinions et de ces faits, nous tirerons des conclusions et nous aurons ainsi des éléments pour poser les indications. Nous nous demanderons enfin quel mode opéra-

toire il faut utiliser et nous conseillerons les interventions très économiques.

Nous souhaitons que notre étude arrête le bistouri de certains opérateurs trop ardents et au contraire le mette dans la main de chirurgiens trop pusillanimes; ainsi aurons-nous été peut-être utile aux médecins et aux malades.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

En quelques pages rapides, nous étudierons l'évolution des idées à travers les siècles sur le sujet qui nous occupe. Cette question intéressa beaucoup, en effet, les anciens, qui formulèrent les hypothèses les plus extraordinaires pour expliquer la production des phénomènes hystériques. Nous verrons ainsi que deux opinions sont continuellement opposées, triomphant suivant les époques : l'hystérie a son point de départ dans le cerveau, diront les uns ; dans l'utérus ou les ovaires, protesteront les autres. De cette discussion plusieurs fois séculaire la lumière a-t-elle jailli ? Nous n'osons guère l'affirmer.

HIPPOCRATE rendait l'utérus responsable de tout. Avidé de fluide, la matrice fait une sorte d'excursion dans l'abdomen, déterminant des phénomènes extérieurs de suffocation et de convulsions généralisées chaque fois qu'elle rencontre une source de fluide. Enfin, rassasiée et alourdie, elle retombe à sa place accoutumée ; les phénomènes extérieurs disparaissent, l'attaque est finie. Ces explications, qui nous paraissent au moins bizarres, nous montrent cependant combien les médecins de cette époque étaient observateurs. Le début de l'attaque, la façon dont elle évolue, tout l'ensemble qui constitue la crise a été étudié et remarqué si bien que la science moderne a eu peu à ajouter à sa description.

HIPPOCRATE avait dit *oui*, GALIEN devait dire *non* ; il nia, en effet, la possibilité matérielle de la promenade de l'utérus dans l'abdomen. La matrice n'en fut pas moins incriminée dans la pathogénie de l'hystérie, mais c'était une matrice immobile.

ACTIUS cependant émit l'opinion que l'organisme tout entier et en particulier le cerveau pouvait être incriminé.

C'est le sang ou les humeurs qui, retenus dans l'utérus, se corrompent et provoquent ainsi l'état pathologique de la matrice. Une vapeur maligne s'en dégagerait vers les autres organes et y provoquerait des désordres rendus visibles pendant la crise.

Et ces théories, qui nous paraissent maintenant parfaitement absurdes, furent accueillies avec une parfaite bonne foi jusqu'au XVII^{me} siècle.

Nous arrivons à cette époque à une réaction contre la théorie utérine. Comme toute réaction dans les opinions en général, celle-ci fut trop violente et dépassa la vérité.

LEPOIS, en 1618, et WILLIS, en 1667, démontrèrent que les phénomènes convulsifs ne pouvaient être réellement produits que par l'organe central de l'innervation.

Voici donc un point bien net et en grande partie vrai, mais une lacune empêchait la théorie d'être complète : ne tenant nullement compte de ce qui se produit en clinique, les auteurs nièrent absolument l'influence de l'appareil génital.

SYDENHAM partagea aussi l'outrance de cette opinion, d'autant plus qu'il remarqua l'hystérie chez l'homme, qu'il appela dans ce sexe : hypochondrie. Les esprits animaux mal équilibrés dans l'organisme se précipitant dans un organe pour en sortir aussitôt et aller dans un autre produisent, disait-il, des spasmes, de la douleur et des troubles dans leur fonction.

La théorie utérine paraît à ce moment être tombée dans le discrédit le plus complet : le nom d'hystérie, comme correspondant à une étymologie erronée, est même supprimé par POMME. TISSOT trouve un mot nouveau : l'*irritabilité*, état dans lequel une petite cause occasionne des mouvements beaucoup plus considérables que ceux qu'elle produit chez les bien portants.

La question paraissait jugée, quand HOFFMAN, en 1733, la souleva de nouveau, concluant à l'influence d'une perturbation nerveuse utérine dans la production de l'hystérie, cette affection étant « un spasme utérin propagé aux autres parties du système nerveux ».

De nombreux partisans viennent combattre en faveur de la théorie utérine : ASTRUC, CULLEN, puis LONYER-VILLERMAY (1817), mais ils précisent mieux que leurs prédécesseurs les raisons qu'ils ont d'affirmer une pareille opinion. Ils mettent en avant l'influence de l'état des organes génitaux de la femme sur la production de l'hystérie, que cet état soit physiologique (règles) ou pathologique.

Mais dans la lutte entre les théories utérine et purement nerveuse, l'attaque est aussi énergique que la défense, et GEORGET, en 1824, se lève presque aussitôt et affirme l'influence unique de l'encéphale. Enfin, nouvelle contrepartie, DUBOIS (d'Amiens) et FOVILLE considèrent « l'utérus comme le point de départ véritable des phénomènes dont l'ensemble constitue l'hystérie ».

Dans les théories à point de départ génital, l'utérus seul avait été mis en cause. On avait bien observé depuis Hippocrate l'influence sur les crises, de la pression des régions ovariennes, mais ce fait n'avait suscité aucune idée étiologique.

SCHUTZENBERGER le premier, en 1846, indique d'une façon précise le rôle joué par les ovaires. Il est intéressant de voir

combien du premier coup cet auteur vit l'ensemble de la question, aussi pensons-nous utile de rapporter ses conclusions, que nous aurons l'occasion d'étudier et de discuter dans le courant de notre travail. Il se demande : « Quelles sont, dans la réalité clinique, les causes organiques démontrables des affections appelées hystériques ? » Par l'étude de plusieurs observations, il peut répondre à cette question : « que certaines excitations nerveuses locales, le plus souvent continues, peuvent devenir la cause organique des perturbations fonctionnelles intermittentes, se traduisant sous forme d'attaques ou d'accès convulsifs plus ou moins généralisés, avec ou sans perte de connaissance, sans que les organes centraux ou le système nerveux en général soient atteints d'un état pathologique permanent, démontrable ; — que chez les femmes l'excitation ovarique est la cause la plus fréquente de ce genre de perturbations, dont le mode de production est analogue à celui de tous les mouvements réflexifs et s'explique par la même loi physiologique ; — qu'on peut cliniquement reconnaître l'existence de cette cause et la réalité de son influence par l'excitation mécanique de l'ovaire, dont la compression profonde produit localement de la douleur et réflexivement le phénomène des attaques ; — ...que pour l'ovaire la cause de l'excitation nerveuse locale peut dépendre d'une congestion, d'une inflammation, d'une dégénérescence, ou être purement nerveuse ou névralgique ».

Ce paragraphe nous montre combien SCHUTZENBERGER a créé de toutes pièces et d'une façon presque définitive la théorie ovarienne.

BRIQUET enfin, dans son remarquable *Traité de l'hystérie*, porte le dernier coup à la théorie utérine. Il y publie, en effet, des cas nettement caractérisés d'hystérie chez des hommes.

Les opinions d'HIPPOCRATE et de GALIEN étaient reconnues fausses par l'énoncé du titre même de ces observations.

La voie était définitivement ouverte vers la vérité et l'hystérie étudiée sous tous ses aspects. Il faudrait écrire ici les noms de tous les neuropathologues qui se sont fait apprécier dans leur spécialité, pour énumérer les auteurs qui étudièrent alors l'hystérie : nous citerons les noms illustres de deux chefs d'école, CHARCOT et BOURNEVILLE, dont les élèves répandaient les idées, en y ajoutant leur originalité propre. L'hystérie mâle est particulièrement fouillée, indubitablement démontrée, et on admet alors que l'utérus et les ovaires ne peuvent être en aucun cas la cause de l'hystérie.

Depuis, plusieurs auteurs ont fait des restrictions sur une affirmation aussi catégorique et ont insisté sur la fréquence et la netteté des cas où les lésions génitales internes chez la femme sont sinon des causes primordiales, du moins des agents provocateurs indéniables de l'hystérie.

Nous arrêtons là notre rapide exposé historique, qu'il nous a paru intéressant de faire, car il montre les transformations des opinions à travers les époques. Nous entrons maintenant dans l'ère vraiment scientifique ; ce n'est plus de l'histoire ancienne, ce sont des constatations relativement récentes que nous allons faire. Nous citerons ainsi chemin faisant les noms de ceux qui firent le plus pour éclaircir la question.

CHAPITRE II

DÉFINITION DE L'HYSTÉRIE

Pour s'exercer avec fruit, toute thérapeutique doit s'adresser à la cause de l'affection qu'il faut guérir. Pour diriger un traitement d'une manière vraiment scientifique, il faut connaître à fond les symptômes de la maladie, et pénétrer sa nature.

C'est pour obéir à ces préceptes, qu'avant d'entreprendre une étude sur le traitement chirurgical de certains cas d'hystérie, nous allons nous demander : Qu'est-ce que l'hystérie? Quelle en est la nature, quelles en sont les causes?

Faut-il incriminer le système nerveux central seul? L'appareil génital est-il coupable? Voilà des questions que nous chercherons à résoudre. Les résultats théoriques nous aideront ensuite pour nous faire une idée sur le traitement à appliquer.

De définition de l'hystérie, il n'y en a pas. :

Il n'y en a pas actuellement, dit le professeur GRASSET; il n'y en aura jamais, affirment LASÈGUE et BERNHEIM. Pour donner en effet une définition de l'hystérie, il faudrait en connaître la nature : or celle-ci nous est encore inconnue; de nombreuses hypothèses plus ou moins ingénieuses ont été émises à son sujet, mais aucun fait précis n'est venu démontrer de façon indiscutable leur exactitude.

Nous allons passer en revue les théories modernes qui sont le plus en honneur maintenant dans le monde scientifique.

Le professeur GRASSET déclare que « l'hystérie est une névrose complexe du système nerveux tout entier et plus spécialement du cerveau, caractérisée par les divers signes cliniques suivants :

A. STIGMATES. — Impressionnabilité et émotivité. Anesthésies (hémilatérale). Parésies. Rétrécissement du champ visuel. Anesthésie (réflexe) du pharynx et du globe oculaire. Zones hystérogènes. Clou céphalique. Etat mental : idée fixe subconsciente ; tendance à la simulation et à la dissimulation (tromperie). Contractures faciles.

B. AUTRES MANIFESTATIONS. — Attaque, paralysie, tremblement, anesthésie, aphonie, mutisme ; spasmes, aboiement, tachypnée, anurie, oligurie, polyurie, amaurose, contractures, arthropathies, suggestibilité, troubles psychiques, amyotrophie. »

Le professeur BERNHEIM déclare qu'il est impossible de donner une définition de l'hystérie, car celle-ci n'est pas une maladie. L'auteur, envisageant dans la description classique de l'hystérie les crises et les autres manifestations, les étudie séparément.

Les crises ne sont que l'exagération d'un phénomène habituel d'ordre psychophysiologique. Sous certaines émotions nous ressentons des frissons, de la gêne respiratoire, parfois même nous tombons en syncope : ce sont des crises hystériques larvées. Si ces phénomènes ressentis par nous tous sont exagérés chez certains sujets, la cause restant la même, leur ensemble formera une crise d'hystérie.

« Un hystérique est un sujet qui exagère certaines réactions psychophysiologiques, qui a un appareil hystérogène très développé et facile à actionner par certaines émotions.

L'hystérie ne naît pas spontanément, n'est pas une névrose primitive : c'est simplement un réflexe émotif. En effet, à

l'origine de toute crise d'hystérie se trouve un élément émotif qui développe le réflexe exagéré chez les sujets hystérisables. Le malade s'auto-suggestionne ensuite et il n'est plus besoin d'élément émotif pour produire les crises suivantes.

Toutes les maladies qui ont un retentissement nerveux et psychique, qu'elles atteignent le cerveau ou d'autres organes, peuvent devenir hystérogènes en mettant le sujet qui en est atteint dans des conditions d'irritabilité spéciales. La suggestion arrête les crises; si l'hystérie est simple, la psychothérapie guérit les crises. Si elle est greffée sur une autre maladie, la psychothérapie fait le départ de ce qui est psychique et de ce qui est organique.

Les auteurs affirment une hystérie primitive caractérisée par ses stigmates. Les stigmates n'ont pas, affirme BERNHEIM, la valeur qu'on a voulu leur donner : ils sont souvent absents, les hystéries monosymptomatiques sont fréquentes. On observe chez des sujets nullement hystérisables les stigmates soi-disant caractéristiques. Le caractère hystérique si bien délimité est aussi assez rare et ne peut être compté comme un véritable stigmate.

La plupart des symptômes qu'on a mis dans le cadre de l'hystérie appartiennent à des maladies bien déterminées auxquelles les crises se sont ajoutées et ainsi, cachant la marchandise sous leur pavillon, ont fait croire que tout, symptômes particuliers et crises, relevait de l'hystérie.

BABINSKI soutient que « l'hystérie est un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve capable de s'auto-suggestionner.

Elle se manifeste principalement par des troubles primitifs et accessoirement par des troubles secondaires.

Ce qui caractérise ces troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion. Ce qui caractérise

les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs ».

VIRENFIN donne sa définition: « L'hystérie est un syndrome mental dû à l'inattention, au non-contrôle des neurones supérieurs d'association, neurones mentaux. Ceux-ci, siège et réservoir des souvenirs et des images antérieurement acquis, à l'aide desquels s'édifient les processus psychiques, donnent naissance, par auto-suggestion du malade sous l'influence d'une idée fixe primaire, à des idées secondaires toujours subconscientes ou grâce à des causes multiples (souvenirs obsédants, émotions morales vives, traumatismes), à des perturbations kinesthésiques sensorielles, motrices et intellectuelles multiples.

Ces perturbations sont semblables comme formes, identiques comme cause et comme mécanisme, à celles que réalisent les hypnotisés spontanément ou sous l'injonction de l'hypnotiseur. L'hystérique est un auto-suggestionné.

C'est une psychose, en ce sens que le trouble ne porte pas seulement sur la marche normale des processus psychiques eux-mêmes, mais principalement sur le lien qui les unit aux processus d'innervation purement corporels. Nous appelons, par conséquent hystérique, toute manifestation morbide qui dépend d'un trouble de rapports normaux existant entre les processus psychiques et notre individualité physique. »

SOLLIER nous donne une théorie particulièrement originale qu'on peut appeler une théorie physiologique :

« L'hystérie est un trouble physique fonctionnel du cerveau, consistant dans un engourdissement ou un sommeil localisé ou généralisé, passager ou permanent des centres cérébraux, et se traduisant, par conséquent, suivant les centres atteints, par des manifestations vasomotrices ou trophiques viscérales, sensorielles et sensitives, motrices et enfin psychiques, et suivant ses variations, son degré et sa

durée, par des crises transitoires, des stigmates permanents ou des accidents paroxystiques. » La cause de cet engourdissement est ignorée. Un point à signaler encore : la suggestibilité n'est pas la caractéristique de l'hystérie, dont elle est seulement un symptôme.

Nous venons ainsi d'exposer une série de théories toutes fort ingénieuses, paraissant s'appuyer sur des faits précis ; cependant nous devons avouer qu'aucune ne nous a pleinement satisfait, et comme ce n'est ni de notre compétence ni de notre sujet, nous ne prendrons pas parti dans la discussion.

Nous nous contenterons d'affirmer ce qui est admis d'à peu près tout le monde, et nous dirons comme le professeur CARRIEU et le docteur DURAND : l'hystérie n'est encore qu'un syndrome clinique qui ne peut être réellement caractérisé que par l'énumération des symptômes qui le constituent et des caractères généraux qui les unissent.

Hâtons-nous de dire qu'il ne sera pas nécessaire de trouver chez un malade l'appareil complet du syndrome hystérique pour affirmer la grande névrose ; quelques symptômes suffiront, un seul parfois (hystérie monosymptomatique), celui qui attirera notre attention sur le sujet. Les stigmates eux-mêmes, sur lesquels on a fait jadis tant de fond pour trancher les diagnostics épineux, n'ont pas la valeur qu'on leur avait prêtée. Les cas d'hystérie sans stigmates sont relativement assez fréquents, et nous irons même jusqu'à dire que bon nombre de sujets sans hérédité ni passé névropathique présentent certains stigmates dits hystériques, alors qu'ils ont pu passer sous l'influence de nombreux agents provocateurs de l'hystérie, sans qu'aucun phénomène névrosique se soit produit ou réveillé en eux. Donc il existe des hystéries sans stigmates et des stigmates sans hystérie.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE DE L'HYSTÉRIE

Nous allons, après avoir donné une notion de la nature de l'hystérie, voir quelles en sont les causes.

L'hérédité se place d'abord au premier plan ; c'est une vérité reconnue maintenant de tout le monde, quoiqu'il soit difficile en pareille matière de donner des statistiques ayant une valeur mathématique. BRIQUET, cependant, affirmait que sur trois jeunes filles issues de trois mères également hystériques, une au moins était destinée à le devenir. Et en effet, cette théorie reçoit des confirmations journalières : il est fréquent de rencontrer dans une famille mère et filles hystériques réalisant leur névrose par des phénomènes extérieurs différents mais avec un fond identique.

Si nous affirmons donc : l'hystérie engendre souvent l'hystérie, nous n'aurons guère l'occasion d'être contredits, l'hérédité similaire est en effet acceptée. Mais où la question est plus discutée et plus épineuse, c'est sur le sujet de l'influence d'autres névroses ou des diathèses sur l'hystérie des descendants.

D'abord la neurasthénie, l'épilepsie, la chorée et même toutes les autres affections de l'encéphale peuvent-elles créer une hérédité capable d'engendrer l'hystérie ? Oui, affirmerons-nous, nous appuyant sur les statistiques si intéressantes de BRIQUET. Et s'il est plus fréquent de voir hystériques les générateurs engendrant des descendants hystériques,

il n'est pas rare de les trouver épileptiques, choréiques, en un mot appartenant à la grande famille névropathique. Cette influence de l'hérédité de transformation ou similaire est tellement nette, qu'on a pu dire qu'il n'y a pas d'affection nerveuse où l'hérédité se fasse sentir plus vivement que dans l'hystérie. Faisons remarquer en passant que c'est surtout sur les enfants que cette influence agit.

Mais là où la question est controversée, c'est lorsqu'elle s'occupe des rapports qui existent entre le développement de l'hystérie et l'état diathésique des ascendants.

Les diathèses : arthritisme, alcoolisme, scrofule ou tuberculose, etc., développées chez les parents, peuvent-elles engendrer l'hystérie chez les descendants ? Telle est la question posée. M. GRASSET répond par l'affirmative pour les diathèses scrofuleuse et tuberculeuse en particulier : il nourrit son argumentation d'observations et de faits recueillis qui paraissent probants. D'autres auteurs font remarquer combien sont fréquents les cas d'hystérie chez les soldats venant de Normandie, descendants de parents presque tous alcooliques. A cela, GILLE DE LA TOURETTE répond : les diathèses certes jouent un certain rôle, mais seulement pour favoriser l'éclosion de germes nerveux héréditaires latents chez les parents et se révélant chez les enfants. Cette dernière hypothèse ne s'appuyant sur aucune donnée précise, l'opinion de M. GRASSET mérite, nous semble-t-il, de prévaloir : l'hérédité diathésique a une influence bien nette dans le développement de l'hystérie.

Nous n'insisterons pas sur les faits bien connus de l'influence de l'âge, du sexe et des conditions sociales.

L'hystérie est, en effet, une maladie de tout âge : pendant l'enfance, on la rencontre assez souvent surtout dans la deuxième enfance. A ce moment les accidents à grand orchestre sont rares.

De 15 à 20 ans, tel est l'âge de prédilection des manifestations hystériques, puisque sur trois cas de cette névrose un est développé chez un sujet arrivé à cette période de la vie. La vieillesse elle-même n'en est pas exempte, que l'hystérie vienne d'être créée ou qu'elle continue seulement la même névrose ayant débuté dans l'adolescence.

Le sexe chez lequel se développe l'hystérie était, d'après les théories anciennes, exclusivement le féminin.

Les idées à ce sujet ont singulièrement changé depuis ce temps jusqu'à nos jours où, après avoir reconnu avec beaucoup d'hésitations, l'existence de l'hystérie mâle, après avoir cru qu'elle était excessivement rare, nous voyons des auteurs comme BODENSTEIN trouver 1 homme sur 10 hystériques et comme PITRES pour lequel la proportion est de 1 à 3.

On a aussi changé beaucoup d'idée sur l'influence des conditions sociales: l'hystérie, qui paraissait autrefois en quelque sorte l'apanage des intellectuels, des gens aux nerfs délicats et aux sensibilités vite en éveil, s'est pour ainsi dire démocratisée à mesure qu'on la connaissait mieux, et l'on s'est aperçu ainsi qu'elle existe de façon à peu près égale chez les riches ou chez les pauvres, l'hystérie mâle existant même plus souvent chez les pauvres, eu égard à la fréquence des traumatismes qu'ils supportent.

AGENTS PROVOCATEURS. — Nous ne voulons pas ici étudier tous les agents provocateurs de l'hystérie, nous nous contenterons de passer en revue ceux qui sont le mieux connus et se surajoutent fréquemment à l'agent qui attire dans notre travail notre attention plus particulièrement : les maladies de l'appareil génital chez la femme.

Il est un fait bien admis maintenant, c'est le suivant : Il existe un rapport de cause à effet entre l'hystérie et certains agents (auxquels on donne par suite le nom d'agents provo-

cateurs, sans déterminer si ce sont des causes occasionnelles ou créatrices).

Cette notion d'agents provocateurs, acceptée de tout temps par certains, est de donnée assez récente pour d'autres, quelques-uns même prêtent à la discussion.

EMOTIONS MORALES SIMPLES. — L'influence des émotions quelles qu'elles soient, mais en particulier la peur, sur l'établissement de l'hystérie, a joué le rôle le plus ancien et le plus populaire dans l'étiologie de l'hystérie. Elle est, d'ailleurs, incontestable, et il est inutile de rappeler ici les innombrables observations qui la démontrent ;

LE SHOCK NERVEUX. — De donnée plus récente, le shock nerveux peut influencer aussi de façon nettement directe sur l'éclosion d'une hystérie. L'hystérotraumatisme est une question maintenant soigneusement étudiée, et en grande partie élucidée quant à ses symptômes et son évolution. On ajoute dans cette division l'influence de la foudre et des tremblements de terre.

MALADIES GÉNÉRALES ET INFECTIEUSES. — Contesté il y a encore peu de temps, le rôle de ces maladies dans la provocation de l'hystérie paraît maintenant exactement établi. Et nous ne nous en étonnerons pas ; nous avons vu plus haut, en effet, que l'hystérie aimait les affaiblis et les désemparés. Les maladies générales et infectieuses produisent dans l'organisme des désordres qui influent sur sa résistance et qui parfois atteignent le système nerveux. Le mode d'action dans ce cas est double, par affaiblissement de l'état général et par influence nerveuse directe. Nous nous contentons d'énumérer les affections dont l'évolution a provoqué l'hystérie assez nettement et assez fréquemment : la fièvre

typhoïde, la pneumonie, la scarlatine, le rhumatisme articulaire aigu, le diabète sucré, le paludisme, la syphilis.

ETATS PATHOLOGIQUES CARACTÉRISÉS PAR UN AFFAIBLISSEMENT CONSIDÉRABLE DU MALADE. — Les hémorragies agissent par l'état de faiblesse dans lequel elles mettent le malade qui les présente, et par la forte impression psychique que la vue du sang procure.

Le surmenage intellectuel et physique, l'onanisme et les excès vénériens, l'anémie et la chlorose doivent être ici cités.

INTOXICATION. — Nous nous trouvons ici en présence des affections provocatrices les plus discutées et les plus récemment connues quant à leur influence sur la grande névrose.

Et il faut d'abord éliminer les troubles nerveux provoqués par les lésions matérielles de l'organisme nées de l'intoxication.

Dans les intoxications chroniques, nous relevons celles qui sont produites par le plomb, l'alcool, le mercure et le sulfure de carbone.

Depuis que la question est mieux élucidée, on s'aperçoit que les hystéries venant du fait d'intoxications sont de plus en plus fréquentes, et que souvent des phénomènes qu'on mettait à l'actif de lésions organiques d'origine toxique étaient simplement des symptômes d'hystérie de même étiologie.

Les empoisonnements aigus même peuvent donner lieu aux mêmes réflexions.

MALADIES NERVEUSES. — Ces affections, nous le comprenons facilement, si elles agissent de façon indirecte par affaiblissement de l'organisme, influent aussi directement sur le système nerveux, et nous ne serons pas étonnés de voir

l'hystérie provoquée par le tabes dorsal, maladie de Friedreich, mal de Pott, myopathie progressive primitive, etc.

Nous arrivons ainsi à la classe des agents provocateurs qui nous intéresse le plus, je veux dire celle des affections de l'appareil génital de la femme. Nous avons vu dans l'histoire combien de fois cette cause a été mise en avant, puis repoussée avec acharnement ; nous allons maintenant, ayant épuisé tous les préliminaires nécessaires de notre sujet, aborder le cœur même de notre travail.

La question est si touffue et, malgré les nombreuses études qui ont cherché à l'éclairer, si obscure, que nous devons avancer avec méthode. Nous nous demanderons quelle est l'influence à l'état sain des ovaires sur le système nerveux général. Les lésions de l'appareil génital de la femme peuvent-elles exercer une influence indéniable sur le développement de l'hystérie ? telle sera la question à étudier ensuite. Quand nous aurons répondu par l'affirmative, nous chercherons à connaître les raisons et le mécanisme de cette influence.

CHAPITRE IV

RAPPORTS DE L'HYSTÉRIE ET DES ORGANES GÉNITAUX INTERNES DE LA FEMME SAINS OU LÉSÉS

Il est de vérité presque banale que d'admettre l'influence de l'appareil génital sur le système nerveux, en particulier chez la femme. Cette influence est constatée d'une façon journalière, et nous sommes loin à ce sujet de l'époque où ATHÉNÉE (d'Atalia) et AVERROHÈS déniaient toute fonction aux ovaires, si ce n'est d'aider à la symétrie du corps humain. Une simple congestion mensuelle des organes génitaux internes de la femme suffit pour troubler son équilibre nerveux, et à ce moment, chez beaucoup, existe de l'énervement, de la motilité des idées, des bouffées de chaleur, des vertiges, des névralgies très violentes, accompagnés de phénomènes fort impressionnants. Et ce qui a presque la valeur d'une expérience : à la ménopause, au moment donc où cet appareil génital perd toute activité, une série de troubles nerveux apparaissent passagers et bénins en général, graves et permanents parfois. Les hystéries développées à ce moment, les neurasthénies, l'aliénation mentale même, sont souvent tributaires de cette période de l'existence.

Les recherches que l'on a faites (PFLÜGER) à ce sujet montrent bien que l'irritation produite par la menstruation se porte plus spécialement aux nerfs vaso-moteurs de l'utérus,

de là aux organes nerveux centraux pour réagir sur leur circulation et produire par ce moyen des troubles nerveux variés. Ceci se comprend d'autant mieux que l'on connaît maintenant l'existence d'une pléiade de ganglions sympathiques et d'un riche réseau de nerfs mixtes, émanant des plexus hypogastriques, sacrolombaires, coccygiens et fémoraux. Aussi pouvons-nous affirmer avec le professeur BALL : « Nulle part on ne voit se manifester plus fortement l'action de la sympathie, nulle part on n'observe des corrélations aussi palpables et des résultats aussi concluants ; il n'existe nulle part dans l'économie une sympathie plus intime que celle qui relie aux centres nerveux les organes de la reproduction. »

Que ce soit par leur sécrétion interne ou par leur influence réflexe que les ovaires agissent sur le système nerveux, peu importe : le fait est là, ils agissent.

Entre autres preuves qui, nous semble-t-il, apportent une grande présomption de vérité à cette affirmation que les rapports entre l'appareil génital et le système nerveux sont intimes, nous rappellerons toutes les observations faites sur le rôle de l'ovaire dans la détermination des crises d'hystérie et des localisations des zones hystérogènes. Et ici, comme nous avons eu l'occasion de le faire souvent dans le cours de notre ouvrage, nous emprunterons quelques phrases à CHARCOT. Il localise ainsi le point de l'ovaralgie : « Sur une ligne horizontale passant par les épines iliaques antérieures et supérieures, faites tomber les lignes perpendiculaires qui limitent latéralement l'épigastre, et à l'intersection des lignes verticales avec l'horizontale se trouve le foyer douloureux qu'accusent les malades et que la pression exercée à l'aide du doigt met d'ailleurs en évidence, »

L'exploration profonde de cette région fait reconnaître aisément la portion du détroit supérieur qui décrit une courbe

à concavité interne : c'est là le point de repère. Vers la partie moyenne de cette crête rigide, la main rencontrera le plus souvent un corps ovoïde, allongé transversalement et qui, pressé contre la paroi osseuse, glisse sous les doigts. Lorsque ce corps est tuméfié, ainsi que cela se présente fréquemment, il peut offrir le volume apparent d'une olive.....

C'est à ce moment de l'exploration que l'on provoque surtout la douleur et qu'elle se révèle avec des caractères pour ainsi dire spécifiques. Il ne s'agit pas là d'une douleur banale, car c'est une sensation complexe qui s'accompagne de tout ou partie des phénomènes de l'aura hysterica, tels qu'ils se produisent d'eux-mêmes à l'approche des crises, et, cette sensation provoquée, les malades la reconnaissent pour l'avoir ressentie cent fois (CHARCOT. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, l. II.) -

Cependant, PITRES et DUMONT-PALLIER ont cité des cas dans lesquels il suffisait de pincer ou frôler la peau de la région ovarienne pour faire éprouver par le sujet la même impression que par la pression profonde de l'ovaire (*dermalgie, myoalgie, pseudo-point hystérogène*). Faut-il en conclure que ce n'est pas l'ovaire qui est le siège de la douleur iliaque fixe des hystériques? Nullement, car nous avons des faits probants de cette localisation à l'ovaire.

C'est GUINON qui nous en fournira deux très nets : « Une des grandes hystériques de la Salpêtrière chez qui l'ovaire existait antérieurement devint enceinte. Or, à partir du début de la grossesse, on put voir la zone hystérogène ovarienne remonter dans le ventre et changer de place, à mesure que l'ovaire, entraîné lui-même en haut par le développement graduel de l'utérus, remontait également. On put suivre ainsi le déplacement et l'ascension graduelle de la zone ovarienne parallèlement au déplacement et à l'ascension de

l'ovaire. Après l'évacuation de l'utérus, l'ovaire reprit sa place et la zone hyperesthésique aussi. »

Un second fait fort intéressant est rapporté par le même auteur : Une hystérique ayant l'habitude d'être hypnotisée entre en travail. Afin de lui faire supporter ce dernier sans douleur, on la plonge dans le sommeil hypnotique à plusieurs reprises, mais invariablement à chaque contraction utérine la personne se réveillait. Or, nous savons que chez les grandes hypnotiques le réveil peut être produit par la pression des zones ovariennes en particulier. Il est probable que, dans le cas qui nous occupe, chaque contraction utérine tirait l'ovaire et, agissant comme une pression, réveillait le sujet.

Voici donc deux faits (et bien d'autres aussi probants ont été rapportés) qui ont presque la valeur d'une expérience et qui nous permettront d'affirmer : dans l'ovaire et dans l'hystérie, l'ovaire joue un grand rôle.

Devons-nous nous étonner qu'on ait pensé à faire jouer dans la production des troubles nerveux variés : hystérie, névralgie, neurasthénie, aliénation mentale, aux maladies des ovaires un rôle important parfois même primordial ?

Non, certes ; en effet, si un fait physiologique tel que la menstruation, produit chez certains organismes préparés des troubles nerveux assez intenses, à plus forte raison des lésions portant sur les organes génitaux internes de la femme pourront produire des phénomènes nerveux très marqués, qui, ici, ne seront plus passagers mais permanents. Et alors nous n'aurons plus affaire à des bouffées de chaleur ou des céphalées momentanées, nous aurons à traiter de grandes crises d'hystérie ou des douleurs intolérables d'origine névrosique.

Il nous paraît donc logique d'admettre l'influence des lésions génitales dans certains cas sur le développement de

l'hystérie; mais comme une telle affirmation doit être discutée, nous allons l'étudier de plus près.

GUINON affirme que les agents provocateurs de l'hystérie quels qu'ils soient, même les affections génitales, ne sont jamais que des causes occasionnelles de la production de l'hystérie. Et cet auteur s'appuie pour l'affirmer sur des analogies montrant les intoxications, les infections, les traumatismes comme facilitant simplement une affection organique quelconque.

Il dit: «Je crois que l'on doit admettre chez les hystériques l'existence normale d'une prédisposition héréditaire, même dans les cas où les recherches dans ce sens n'ont fourni qu'un résultat négatif. Cela restreint beaucoup le rôle des agents provocateurs de la névrose. . . . Ces derniers ne sont jamais que des agents secondaires ne pouvant réaliser la maladie sans l'intervention d'une autre condition, la cause première, prédisposition s'il s'agit d'hystérie. »

Ainsi donc une entité morbide a besoin pour être réalisée, d'une cause première; celle-ci, pour bien mériter son nom, doit être en rapport intime de cause à effet avec cette maladie. N'est-ce pas le cas des lésions génitales dans certaines observations d'hystérie?

Une malade bien portante sans prédisposition héréditaire, sans antécédents personnels nerveux, fait une infection de son appareil génital interne, et voilà que subitement elle souffre à ce niveau et commence à présenter de violentes crises d'hystérie nettement caractérisées.

Ira-t-on dire (BRODIE) que l'hystérie était latente, et que l'affaiblissement de l'organisme par la nouvelle maladie a suffi à faire surgir l'hystérie, comme aurait pu le faire une anémie banale? On devra alors avouer qu'en admettant une pareille chose, il sera difficile de trouver des personnes dont on puisse certifier qu'elles sont saines, et d'affirmer

qu'une cause est première alors qu'il y aurait pour ainsi dire toujours une latence possible.

Et d'ailleurs il ne nous paraît pas facile de traiter d'hystérique à étiologie et évolution ordinaire et classique une malade qui, n'ayant rien présenté de névrosique auparavant, fait des attaques d'hystérie en coïncidence parfaite avec des lésions utéro-ovariennes, et se guérit parfaitement et à tout jamais quand on l'a débarrassée de ses lésions génitales. Nous ajouterons que, dans plusieurs observations, les malades avaient déjà subi l'atteinte de plusieurs variétés d'agents provocateurs : intoxication, infection et qu'elles avaient résisté, succombant dès l'apparition des troubles pathologiques génitaux. Certes, on a dit souvent qu'un organisme prédisposé n'était impressionné que par une cause donnée, mais il faut avouer que cette affinité se retrouve souvent en faveur de la cause génitale. Cette dernière serait donc un agent provocateur de tout premier ordre. Nous avons vu que, dans cette hiérarchie, nous pouvons presque la mettre au rang des causes premières.

Nous admettons ainsi que souvent l'hystérie est provoquée par des lésions génitales et que parfois elle est créée par ces dernières. Il nous faut voir par quelles influences les inflammations des annexes et de l'utérus agissent.

D'après HOLST, l'irritation de certains départements de la sphère génitale (ganglions et plexus nerveux) suffirait, en provoquant des troubles réflexes dans les affections génitales, pour amener certains cas d'hystérie. D'ailleurs, cette affection, produite en quelque sorte de façon détournée par des réflexes, finirait par s'individualiser de façon qu'il devînt ensuite impossible de la différencier des hystéries différentes.

Nous rappelant ce que nous avons dit dans un chapitre

antérieur sur la richesse, la susceptibilité des plexus nerveux génitaux, sur leurs rapports avec le système nerveux central, nous ne serons pas étonnés de voir émettre l'opinion que les troubles réflexes d'origine génitale sont capables d'engendrer l'hystérie.

Ce qui nous confirme dans cette opinion, c'est le manque de rapport qu'il y a entre l'importance des lésions génitales et celle des réactions hystériques consécutives. Les réflexes sont possibles parce que les filets nerveux ovariens, point de départ, sont en bon état relatif ; que ces derniers soient détruits par une suppuration, ils sont alors bien moins sensibles et les réflexes qu'ils engendrent sont moins importants, partant les phénomènes hystériques moins nombreux et moins précis.

Il y aurait aussi un autre mode d'action des lésions génitales. Nous avons vu, dans l'étiologie de l'hystérie et de l'étude de ses agents provocateurs, que toute cause capable d'affaiblir l'organisme peut faciliter l'éclosion de la névrose. Or, nous savons combien les affections de l'appareil génital de la femme sont asthénisantes. La douleur qu'elles procurent fréquemment au moment de l'exacerbation mensuelle, douleur continue, exagérée par le moindre mouvement, fait comprendre la perte de forces rapide des sexuelles pathologiques. Et nous pourrions joindre à cela l'infection ; souvent des suppurations se produisent, décelées par la fièvre surtout vespérale, par la langue sèche (langue d'infection), par la rapidité du pouls. Mettrons-nous en doute l'influence que l'infection peut exercer sur le développement de l'hystérie ? Nous n'aurons qu'à parcourir les pages qui traitent de ce sujet (GUINON, FURET), et nous verrons de nombreux exemples indéniables (BERNUTZ, BRIQUET, FERRAND, GRAILY, HEWITH, EMMET). Est-ce par une sorte d'intoxication, les toxines étant élaborées par les microbes qui ont élu domicile

dans l'appareil génital, est-ce par affaiblissement de l'organisme tout entier. Le fait est là, cela nous suffit.

Et, puisque l'hystéro-traumatisme paraît maintenant démontré, pourquoi ces douleurs répétées, pourquoi les tiraillements des adhérences pathologiques ne joueraient-elles pas le rôle d'hystéro-traumatisme interne ?

M^{lle} Bychowsky cite des observations d'hystéries provoquées par le passage d'un calcul dans l'uretère, par la présence de vers intestinaux.

Son étude amène cet auteur à conclure qu'« une irritation ou une lésion interne peut devenir la cause occasionnelle de l'hystérie chez des personnes prédisposées à cette névrose ».

Pour GUINON et CHARCOT, avec ces mécanismes qu'ils reconnaissent pour exacts, il faut aussi accepter l'influence, souvent prépondérante, de l'auto-suggestion. La malade ressent des douleurs ou des troubles plus ou moins violents au niveau du petit bassin, elle a vu des amies qui présentaient des troubles semblables suivis de phénomènes nerveux et, s'auto-suggestionnant jusqu'au bout, elle réalise son hystérie.

Le rôle important joué ainsi par l'auto-suggestion expliquerait ces hystéries à grand orchestre provoquées par des lésions génitales presque insignifiantes. Ce sont des cas dans lesquels on peut dire : « Lésions génitales initiales, phénomènes nerveux consécutifs, — rapports chronologiques de cause à effet, mais contraste complet entre ces deux mêmes éléments au point de vue du siège, de la gravité et de la durée ». Certes, l'influence de l'auto-suggestion est indéniable, mais certains auteurs (GRASSER) ne veulent pas la reconnaître comme absolue, car elle n'explique pas plusieurs des stigmates hystériques et, en particulier, le champ visuel rétréci. Il est vrai que dans les hystéries sans stigmates, l'objection perd de sa valeur. Et d'ailleurs, ajoutent ces

auteurs sceptiques : les phénomènes que produirait l'auto-suggestion sont bien compliqués pour être réalisés par des sujets parfois ignorants et inintelligents. Pour M. GRASSÉT, parfois une excitation provenant du petit bassin agit sur les centres nerveux pour produire l'hystérie, voici donc un fait. La Salpêtrière intercale entre la cause et l'effet : l'auto-suggestion. Mais c'est un élément encombrant et complexe. Et le pourquoi de l'auto-suggestion ? Voilà donc la question reculée et non résolue. Soyons plus francs et avouons que nous ignorons la pathogénie de tels phénomènes.

Enfin à la théorie dans laquelle l'influence des phénomènes nerveux (réflexes et auto-suggestion) est prépondérante, nous allons opposer un nouvel exposé de l'étiologie de l'hystérie qui met au premier plan la déchéance organique comme cause, d'après BIERNACKI, de Vienne. Le sang se coagule plus vite dans l'hystérie qu'à l'état sain... La teneur du sang en fibrinogène, les modifications et la régénération de ce produit dans le sang *in vitro*, le rapport entre la quantité de fibrine et de fibrinogène sont anormaux. En un mot, il s'agit là d'une modification dans le processus d'oxydation ; ce rôle dominerait la pathogénie nerveuse. En effet : 1° les rapports avérés entre l'hystérie et la chlorose, le diabète, la diathèse urique ; 2° la parenté héréditaire entre les névroses et les maladies causées par une modification des processus d'oxydation (neuro-arthritisme) ; 3° la production de l'hystérie sous une influence maternelle, tout cela permet de croire que les soi-disant névroses sont un syndrome morbide, secondaire à l'action sur le système nerveux des produits d'une altération primitive des oxydases (comme la goutte, etc.).

Cette théorie a été confirmée en très grande partie par les recherches de VIGOUROUX.

D'après cette nouvelle étiologie, les maladies génitales agiraient en apportant dans l'organisme des troubles dans

les processus d'oxydation ; ces affections disparues, les troubles d'oxydation doivent rentrer dans l'ordre. Donc, même dans l'hypothèse (assez improbable d'ailleurs) où cette théorie serait reconnue exacte, une intervention chirurgicale serait, dans certains cas, utile en supprimant la cause des troubles de nutrition de l'organisme.

D'ailleurs, nous insistons surtout sur ce fait qu'il existe parfois une corrélation très intime entre l'existence de troubles génitaux chez la femme et la production de phénomènes hystériques. Nous espérons avoir maintenant démontré ce point.

Devons-nous nous arrêter là ? Non certes, car jusqu'ici nous avons affirmé nous trouver en présence d'une hystérie banale provoquée. Certains auteurs ne partagent pas cet avis. Nous allons donc discuter la question suivante : Est-ce une hystérie spéciale (génitale) ou une névrose banale qui est provoquée parfois par les lésions génitales internes de la femme ?

PEAN, dans une leçon clinique bien connue, affirma la spécialisation des hystéries, qu'il appelait génitales, parce que produites par l'appareil génital. Nous ne saurions mieux faire, pour expliquer sa théorie, que de puiser aux sources mêmes, en citant des fragments de sa leçon.

« Il y a deux variétés bien nettes, d'hystéries, variétés différentes par leur symptomatologie, différentes surtout par leur cause et leur mode de début. La première, essentiellement nerveuse, reconnaît pour cause une disposition anatomique spéciale ou une perturbation fonctionnelle du système cérébro-spinal. Nous n'avons pas à nous en occuper. Quant à la seconde, elle est sous la dépendance d'une affection de l'appareil génital, de telle sorte qu'il suffit d'en faire à temps disparaître la cause pour en obtenir la guérison. Cette variété n'avait pas échappé aux anciens observateurs... Mais elle est beaucoup moins connue des médecins que la précédente...

»... Et d'abord l'hystérie génitale n'offre généralement rien dans les antécédents de la malade qui puisse vous éclairer : il n'y a pas d'hérédité, tandis que la névrose de l'hystérique cérébro-spinale reconnaît presque toujours pour cause un vice héréditaire que les patientes s'empressent même de confesser et sur la nature duquel on ne peut garder de doute.

» De plus, tandis que celle-ci occasionne depuis l'enfance des désordres moins développés sans doute qu'après la première menstruation, mais déjà évidents, et se traduisant par des mouvements chroniques, une irrégularité très grande du caractère, des goûts bizarres, une coquetterie exagérée ; chez l'hystérique ovarienne, au contraire, les troubles nerveux apparaissent pour la première fois avec la maladie locale. Il n'y a rien d'extraordinaire dans le premier âge ; la menstruation, le mariage, la grossesse, ont été souvent faciles, et c'est après un temps plus ou moins prolongé de cette existence normale que des désordres sont apparus. Je ne saurais trop insister sur ce point. Tout au moins, la femme était généralement, l'année précédente, dans un état de santé très satisfaisant, et rien ne faisait présager la moindre tendance à un état nouveau. Puis, à la suite d'une couche ou sous l'influence de toute autre fatigue générale, des désordres sont apparus de ce côté ; douleurs lombaires, vomissements, pesanteur hypogastrique, etc...

» En un mot, l'affection a nettement débuté par un désordre génital qui, dans le principe, constituait l'unique symptôme de l'affection, s'exagérant au moment des règles, mais ne s'accompagnant pas de ces tendances à l'érotisme que l'on observe chez les hystériques à forme cérébro-spinale. C'est alors seulement que sont apparues les névralgies...

» Plus tard, les douleurs s'exacerbaient surtout au moment des règles. Elles avaient leur point de départ et leur maximum

d'intensité au niveau de l'ovaire, puis elles s'accompagnaient de syncopes, de pertes de connaissance et bientôt de véritables attaques d'hystérie. Enfin, tandis que chez les névropathes on observe, à partir d'un certain âge, une tendance à l'état stationnaire, ou plutôt une certaine amélioration, le contraire a lieu chez les hystériques ovariennes...

»...Celles-ci s'affaiblissent à vue d'œil et laissent concevoir des inquiétudes sérieuses sur l'avenir...

» C'est alors que le chirurgien doit se hâter d'intervenir s'il veut empêcher ces accidents de prendre une forme chronique. »

Si nous en croyons cette description, rien de plus simple que la question qui nous occupe. Est-ce une hystérique cérébro-spinale ? Traitement médical. Est-ce une hystérique ovarienne ? Nous tenons la cause du mal, enlevons-la : traitement chirurgical. Et nous agissons ainsi en pleine certitude.

Malheureusement, en réalité, c'est beaucoup moins simple et les différenciations en hystéries cérébro-spinale et ovarienne sont bien plus difficiles, puisque les différences elles-mêmes sont niées par presque tous les auteurs.

PICHEVIN, dans une thèse fort bien documentée et très intéressante mais pleine de parti-pris, ne discute même pas la question, disant d'un ton dédaigneux et ironique : « Ce chapitre prouve que certains chirurgiens n'ont qu'une idée fort approximative de l'hystérie et qu'ils feraient bien mieux de confier la cure de cette maladie aux médecins ». Nous allons voir dans les chapitres suivants que, malgré ce mépris à peine déguisé, la question vaut la peine d'être discutée, et que, dans bien des cas, les chirurgiens réussiront où les médecins avaient échoué.

Ce n'est pas cependant que nous soyons de l'avis de PEAN. Il nous semble qu'il n'y a qu'une hystérie « une et

indivisible », comme disait CHARCOT, qui certes prend des formes un peu variables suivant les causes qui l'ont déterminée, mais dont le fond est toujours le même. C'est, nous l'avouerons, bien dommage qu'il n'existe pas d'hystérie génitale, car le traitement chirurgical guérirait sûrement la malade et aurait l'avantage, pour le bonheur de celle-ci et l'amour-propre du médecin, d'être pathogénique et non symptomatique.

CHAPITRE V

REVUE CRITIQUE DES CAS DÉFAVORABLES

Nous venons de passer en revue toutes les notions théoriques qui nous étaient nécessaires pour juger sainement les faits cliniques, dont nous allons bientôt parler. Nous avons vu le rôle joué dans l'étiologie de la grande névrose par les lésions de l'appareil génital de la femme, et nous avons conclu que théoriquement rien ne s'oppose à la vérité de la proposition suivante : Dans certains cas, des lésions génitales provoquent des phénomènes hystériques qui disparaissent avec ces mêmes lésions.

Certes déjà, au point de vue théorique, nous avons rencontré de nombreuses objections s'élevant contre la démonstration de cette proposition ; combien plus sérieuses et plus ardentes ne seront pas celles qui discuteront et même nieront catégoriquement la réalité des faits favorables à à noire thèse. Car la question vaut la peine d'être étudiée, il y va de la vie de nombreuses femmes et de la richesse de la race. Aussi tous les arguments ont-ils été mis en ligne contre la légitimité de la castration dans certains cas de lésions génitales avec névropathie. La morale, la philosophie (SPENCER WELLS) ont été mises en avant, l'inanité de l'effort, les dangers, etc. Nous n'insistons pas maintenant, nous réservant de revenir sur ce sujet quand nous discuterons les indications.

Mais tout d'abord, avant d'apprécier la valeur, les dangers

et les avantages d'une intervention, faut-il savoir en quoi elle consiste.

Nous allons donc passer en revue les diverses opérations que les troubles nerveux d'origine génitale chez la femme ont nécessitées.

Nous n'insisterons pas sur la cruauté et l'inutilité de moyens tels que la cautérisation ou l'excision du clitoris, (FRIEDREICH), moyens qui se basaient probablement sur l'idée erronée, certes, que se faisaient les anciens médecins de l'érotisme hystérique.

D'autres fois, l'opération sera peu compliquée quoique nécessitant une laparotomie. Quelques adhérences qui, par leur tiraillement continu, amènent l'état névropathique du sujet, seront sectionnées, excisées et cautérisées.

Si l'ovaire est légèrement sclérokystique ou infecté, nous utiliserons le procédé le plus économique : pointes de feu, excision partielle. Et nous arrivons alors à un moyen énergique mais trop large dans ses ablations : c'est la castration.

Nous ne ferons pas ici l'historique de cette opération, nous ne discuterons pas des questions de priorité, nous retiendrons seulement quelques dates. En 1872, BATTEY et HEGAR pratiquèrent à la même époque l'oophorectomie pour des troubles divers parmi lesquels nous relevons assez fréquemment les névroses. En France, le premier, le docteur PEAN, le 28 mars 1882, pratiqua la première ovariectomie pour accidents nerveux. Il fut suivi dans cette voie par LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, puis TERRIER et enfin TERRILLON. Les essais ayant été satisfaisants (encore qu'à ce moment la technique ne fût pas très réglée et l'antisepsie employée avec minutie), l'intervention conquist assez rapidement la faveur des chirurgiens français et fut pratiquée alors avec un peu trop d'ardeur. Depuis, les chirurgiens sont revenus de cet enthousiasme et sont devenus rétro-

grades d'une façon exagérée. Quand il s'agit d'hystérie, leur bistouri leur brûle la main, et ils ont recours aux moyens médicaux moins énergiques et souvent bien inutiles.

Nous allons étudier maintenant la question de savoir s'il faut opérer les femmes présentant des troubles nerveux dus *certainement* à des lésions génitales. Nous n'avons certes pas la prétention d'apporter dans le débat notre opinion personnelle, de trop grands noms y sont mêlés ; nous nous contenterons de réunir les opinions des auteurs qui se sont occupés de ces questions, nous prendrons leurs observations les plus probantes et nous les discuterons. Nous ne ferons évidemment pas une statistique comprenant tous les cas opérés dans les conditions ci-dessus indiquées, ils seraient bien trop nombreux, mais de quelques cas types, des opinions formulées par des gens compétents, et enfin des observations que nous apportons, nous tâcherons de dégager, après discussion sérieuse des objections, des indications appuyées ainsi sur des idées théoriques et des faits cliniques.

Peut-être alors aurons-nous été utiles en enlevant au couteau du chirurgien des malades qui ne sauraient en retirer aucun bénéfice, et en conseillant l'intervention à des opérateurs trop prudents qui laissent persister l'infirmité d'une pauvre malade, alors qu'un ovaire enlevé pourrait la rendre à la vie active et à la santé.

Nous voulons affirmer, par cette revue des faits défavorables que nous ne nous aveuglons pas sur notre sujet et que nous ne croyons pas démontrer facilement notre assertion, à savoir : certains cas d'hystérie provoqués par des lésions génitales peuvent être guéris par l'intervention chirurgicale portant sur ces lésions. Nous allons passer en revue les faits les plus connus d'échec de la thérapeutique chirurgicale dans ces cas, sans y ajouter de commentaires, nous réservant d'étudier, plus tard, les raisons de cet échec.

GAILLARD THOMAS (*Traité clinique des maladies des femmes*, trad. Lutaud, 1879, p. 717), rapporte 2 morts pour 5 cas de castration double contre des accidents hystériques ; une seule des survivantes fut réellement améliorée.

VERNEUIL cite deux faits qui n'ont été nullement guéris (*Bul. Soc. chir.* 1886).

SIMS (*Progrès méd.* 1881) et BURKART (Berlin, *Klin. Wochenschrift*, 1887) apportent l'un : deux, l'autre un cas qui n'ont subi aucune modification.

CARTENS a été plus heureux et il a observé deux cas de guérison d'hystéro-épilepsie, mais une mort par castration.

DAWSON, VANDER VEN et MITCHELL n'ont eu sous les yeux que des insuccès. Cependant l'un d'eux observa des améliorations assez marquées dans deux autres cas.

BRUNTZEL et MONTGOMERY non seulement ne voient pas d'amélioration, mais encore constatent une exagération des symptômes.

PLAYFER, PROCHOWNICK, ne sont pas plus heureux.

SUTUGIN, RIESLEY, constatent une augmentation dans le nombre et la gravité des crises.

LANDAU et REMAK, en extirpant un ovaire, n'arrivent pas à guérir une hystérie grave.

LIPPMAN, MENZEL, observent, au milieu d'insuccès assez nombreux, deux cas de guérisons lentes.

BATTEY, sur 54 cas dans lesquels il a pratiqué l'opération qui porte son nom, l'a fait dix fois pour oophoro-épilepsie (ce que nous appelons maintenant : hystéro-épilepsie d'origine ovarienne). Il a eu de bons résultats. Dans son observation VIII, de grandes crises disparaissent. PICHEVIN fait remarquer cependant que des douleurs pelviennes les ont remplacées. Quelques adhérences post-opératoires n'expliqueraient-elles pas ces douleurs ?

Dans l'observation XXI, les crises disparaissent complètement, mais les hémorragies utérines et une légère douleur ovarienne persistent, cette dernière pouvant être expliquée par le même mécanisme : adhérences post-opératoires. Nous voyons que tous les troubles nerveux proprement dits, ce qui nous intéresse, ont disparu.

Après avoir justifié ainsi le terme de guérison qui accompagne ces observations, nous ferons remarquer que BATTEY en rapporte plusieurs autres qui sont inattaquables et où la guérison est incontestable.

Nous allons donner, en les résumant, quelques observations desquelles nous ne reproduirons que les passages intéressant spécialement notre sujet.

Observation

Un cas d'ovariotomie avec hémianesthésie hystérique. — Persistance des phénomènes nerveux après l'opération. — LANDAU et REMAK. *Arch. de Tocologie*, 1884, p. 356.

Une malade a présenté une tumeur abdominale douloureuse, puis de la distorsion de la langue, de la toux spasmodique, des convulsions générales... Quelque temps après on diagnostique une tumeur ovarienne... Plus tard, crises convulsives fréquentes et douleurs frontales. La résection du nerf sus-orbitaire fait disparaître les crises convulsives.

Quatorze ans plus tard, la malade présente une hémianesthésie gauche avec des troubles divers.

On admet qu'il s'agit d'un cas grave d'hystérie et d'une hémianesthésie provenant de l'ovaire.

On fait la laparotomie et on enlève la tumeur ovarienne qui est un kyste dermoïde : résultats nuls. Tous les troubles nerveux et sensitifs persistent, et l'impotence du membre

gauche inférieur s'exagère. On laisse l'ovaire gauche. Pour-
tant, ce n'est pas seulement la région ovarique, mais toute
la moitié gauche du bas ventre, la région lombaire, la crête
iliaque, la branche descendante du pubis, le tiers supérieur
de la grande lèvre, le cul-de-sac vaginal gauche qui sont
horriblement douloureux, avec irradiation centrale des dou-
leurs.

LANDAU et REMAK en concluent qu'il ne s'agit pas seule-
ment d'une hystérie ovarienne, mais d'une ovarie hystéri-
que avec névrose centrale et projection périphérique de tous
les autres symptômes.

« L'ovarie, c'est-à-dire l'hyperesthésie et la névralgie des
ovaires, surtout lorsqu'elle s'accompagne d'hémianesthésie,
même chez les femmes hystériques ou non, est une affection
bien nette qui doit occuper une place sérieuse parmi les
maladies des ovaires.

Les irradiations des ovaralgies types sur les autres centres
d'innervation des nerfs du bassin et la concomitance des
névralgies lombo-abdominales dans l'ovarie font de celle-ci
un phénomène particulier qui ne dépend nullement des
modifications anatomiques des organes génitaux.

L'ovarie n'est pas la cause de l'hystérie, ni des autres
manifestations de l'hystérie, comme par exemple l'hémi-
anesthésie, mais une localisation souvent typique de l'hysté-
rie, elle peut exister sans hystérie. L'extirpation des ova-
ires, conseillée comme moyen de guérir l'hystérie et même
l'hystérie ovarique, ne donne pas de résultats satisfaisants.»

Observation

Hystérie. — Castration. — Guérison opératoire. — Amélioration passagère. —
Retour des accidents. — Nouvelle laparotomie, nouvelle amélioration. —
Retour définitif des accidents hystériques, par PROCHOWNIK, *Beiträge zur Cas-*
trationsfrage in Arch. für gyn., 1887 Tome XXIX.

M^{me} S. P. ., 37 ans, de Hambourg, mariée depuis douze ans avec un ouvrier, a eu un enfant : les suites de couches ont été normales, mais après l'accouchement se montrèrent des douleurs persistantes au sacrum qui faisaient marcher la malade de travers.

Il n'y a pas eu d'autres grossesses, et la femme, sans être évidemment malade, est restée faible, déprimée psychiquement ; elle n'a plus le goût du travail, pleure pour le motif le plus futile, a des nausées, des maux de tête et des attaques d'hystérie.

Depuis le mois d'avril 1882, elle se plaint de douleurs dans le côté droit, et ces douleurs, à peu près constantes, s'augmentent avant la menstruation et diminuent pendant l'écoulement des règles ; elles s'exaspèrent par le toucher vaginal et s'irradient dans les membres inférieurs.

A la palpation abdominale, on trouve, des deux côtés de l'utérus, deux tumeurs assez molles, de forme allongée, médiocrement douloureuses en temps ordinaire, mais devenant plus grosses et aussi plus sensibles avant et pendant la menstruation.

Il existe un point précis, par la pression duquel on peut provoquer tous les phénomènes hystériques, à l'union de la paroi postérieure du vagin très raccourcie, avec la lèvre postérieure du col. Cette paroi postérieure du vagin adhère intimément au tissu prérectal, de sorte que le cul-de-sac de Douglas n'existe plus.

Le toucher, pratiqué pendant l'anesthésie chloroformique, montre que les tumeurs allongées dont nous avons parlé plus haut, sont non pas des trompes, mais des ovaires.

Pendant une année, après plusieurs autres médecins, j'ai tâché par toutes sortes de traitements d'apporter un adoucissement à l'état de la malade; je pensais avoir affaire à une périmétrite atrophiante provoquant une hystérie très grave, et je supposais que l'altération des ovaires en était la conséquence. Les moyens mis en usage me donnèrent quelque amélioration, mais passagère.

Au printemps 1884, hémorragie abondante suivie d'un accroissement des tumeurs abdominales, avec fièvre et symptômes de péritonite.

Mars 1884. — La castration est pratiquée.

Intervention très difficile. Ovaire gauche dégénéré dans un kyste gros comme une orange. Il éclate pendant l'extirpation. La trompe, à peu près méconnaissable, et le ligament correspondant sont enlevés. Ovaire droit de la grosseur d'une pomme, forme allongée, occupe tout le ligament de l'ovaire et touche l'utérus. Il éclate également pendant qu'on le détache; son contenu est blanc, muqueux avec des corpuscules de pus abondants. Les adhérences dans le petit bassin sont détruites autant qu'il est possible. On essaye de reconstituer le cul-de-sac de Douglas en séparant le rectum du vagin et en mettant entre les deux surfaces ainsi créées une certaine quantité d'iodoforme.

Les suites de l'opération sont régulières.

La castration semble d'abord avoir produit un excellent résultat: la malade augmente de poids, la ménopause s'est faite, l'état général et psychique sont améliorés, la névrose est silencieuse.

Mais six mois après l'opération, les douleurs abdominales reviennent avec une pesanteur constante au sacrum. Les

adhérences entre le rectum et le vagin se sont reproduites et, malgré tous les efforts, les phénomènes complexes que l'on avait observés avant l'opération se montrent de nouveau. Seule l'exaspération régulière prémenstruelle fait défaut. Des hémorragies survenant à des époques indéterminées épuisent la malade.

Le diagnostic d'hystérie centrale est posé. La malade est allée consulter un autre médecin qui a fait une deuxième laparotomie.

Pendant six mois environ, l'amélioration produite par cette deuxième opération a été plus grande que la précédente, mais peu à peu les mêmes symptômes sont revenus avec des hémorragies irrégulières et tous les traitements possibles restent impuissants contre cette névrose si tenace.»

Voici certes une observation qui paraît aller à l'encontre de la thèse que nous soutenons. Nous ferons remarquer cependant que, malgré le peu de renseignements fournis à ce sujet, la malade était déjà une hystérique avant de présenter ses lésions ovariennes. Et nous nous trouvons en face d'une hystérique avec annexite et non d'une névrose provoquée par l'affection génitale. Ce cas ne rentre donc pas dans ceux pour lesquels nous préconiserons bientôt le traitement chirurgical.

D'ailleurs il est dit dans l'observation, après l'insuccès de la castration : « Le diagnostic d'hystérie centrale est posé. »

Et même il serait démontré que ces troubles nerveux avaient leur point de départ dans le petit bassin, que nous expliquerions les rémissions, puis les retours de la névrose par la rupture des adhérences et par leur reformation ensuite : cause disparue, cause réparée.

Nous avons cité cette observation, pour ainsi dire au hasard, pour montrer (et nous allons bientôt insister sur ce

sujet) que bien des cas d'insuccès ne se sont produits que parce que les indications avaient été mal posées.

Nous avons passé en revue un certain nombre de cas dans lesquels l'intervention avait été inutile ou nuisible. Nous allons en rapporter quelques-uns où un hasard ou un avis plus sage ont sauvé les malades du bistouri imprudent et où les malades ont guéri sans intervention et par des moyens souvent fort simples.

SOTO Y ALFARA présente dans sa thèse un assez grand nombre de malades qui ont guéri d'hystéries assez graves par des moyens presque enfantins.

TARNIER raconte le fait suivant : «... On ne saurait user de trop de prudence et de trop de réserve, dit-il. J'en donnerai un exemple : Une jeune femme, hystérique et paraplégique, ressentait de très vives douleurs dans les régions ovariennes ; son traitement médical restant inefficace, on lui conseilla la castration ; elle consulta alors séparément deux chirurgiens, l'un Français, l'autre Américain, qui tous deux furent d'avis que l'opération était bien indiquée et se déclarèrent prêts à la pratiquer. On m'appela en consultation pour savoir si on devait faire choix du chirurgien français ou américain. Je conseillai tout simplement à la malade de surseoir à l'opération et de suivre un traitement hydrothérapique rigoureux. Heureusement mes conseils furent écoutés et cette jeune femme est aujourd'hui bien portante et en possession de ses deux ovaires. »

W. BAKER, qui cependant est presque un partisan de la castration, reconnaît qu'il a souvent attendu patiemment et que les malades ont guéri grâce aux seuls moyens médicaux.

VERNEUIL, EMMET, DAUCHEZ, citent des cas qui paraissaient destinés à l'intervention chirurgicale et qui, cette dernière ayant été différée, avaient guéri parfaitement.

CHAMBERLAIN, GOODELL, POLAILLON, PAJOT, rapportent tous des cas différents par quelques points de détail, mais semblables en cela que les malades ont failli être opérées, sont restées indemnes d'intervention et ont guéri sans elle.

Nous citerons enfin l'observation classique de CHIARLEONI.

« Chiarleoni. — Hystérie et Castration (*Gazetta degli ospitali. Anal.*, n° 8-9. 1888.) Cas d'hystérie guérie par suggestion d'une castration simulée. Jeune fille, 29 ans. Jusqu'à 20 ans bien portante. En 1870, effrayée par un incendie, convulsions, hystérie nette : cessation de la menstruation. Reste au lit pendant 8 ans. Tout traitement médical a échoué. Vomissements incoercibles, état d'extrême faiblesse et d'excessive maigreur. Chiarleoni pense à la castration. Il pourrait bien se faire que, eu égard à l'extrême émaciation générale, les ovaires fussent atrophies, et alors à quoi bon les enlever !

Chiarleoni, se souvenant de guérisons pour ainsi dire miraculeuses des maladies nerveuses, obtenues à l'aide des moyens destinés à frapper le moral des malades et considérant comme sérieuse la guérison obtenue par Bernheim à l'aide de l'hypnotisme, voulut essayer, avant de tenter un traitement radical, une opération suggestive, avec l'intention de frapper l'imagination de la malade, d'autant plus qu'elle était parfaitement convaincue que la castration seule pouvait la guérir, et qu'elle réclamait incessamment l'opération depuis plusieurs mois.

Le 30 mai 1887, Chiarleoni chlorotormisa la malade et l'examina. Rien à l'utérus ni aux annexes. Incision superficielle de la paroi abdominale. Sutures, pansement antiseptique.

A peine réveillée, elle peut, pour la première fois depuis de longues années, étendre les membres inférieurs. Guéri-

son rapide. Dès le premier jour, les vomissements cessèrent, sommeil pendant toute la nuit et la malade commença à manger.

Le cinquième jour, écoulement sanguin des organes génitaux.

Le quinzième jour, elle quitte le lit pendant quelques heures. Elle a engraisé. La menstruation s'établit et deux mois après l'opération, la malade rentre dans sa famille. Guérison.

Ce cas et ceux d'autres opérateurs montrent que, chez les opérées de la castration, la guérison peut ne pas être toujours due uniquement à l'ablation des ovaires, mais assez souvent à l'acte opératif qui frappe l'imagination des malades, ainsi que le pense Bernheim, et qu'avant de faire la cure radicale, il serait peut-être bon de tenter « une farce chirurgicale ».

Si nous avons rapporté cette observation, c'est pour en faire justice. En effet, tous les auteurs qui se sont occupés de la question : chirurgie et hystérie, mettent le cas de Chiarléoni en avant en le faisant précéder des épithètes de remarquable, suggestif, démonstratif, probant, etc. Eh bien, à notre avis, cette observation n'apporte rien qui vaille tant d'admiration. D'abord, si la castration avait été pratiquée, c'eût été une lourde faute, la castration ne se comprend que quand l'hystérie provient presque certainement des ovaires, ce que l'on voit par la douleur à leur niveau, par l'exagération des troubles nerveux au moment des règles. Ici, rien de pareil : une hystérie provoquée par une émotion vive. Que viendrait faire ici la castration ? Et ensuite nous savons depuis longtemps qu'une préoccupation absorbante, ou un traumatisme moral énergique, peuvent défaire ce qu'une émotion vive a produit. Et c'est ce que veut démontrer la

deuxième partie de l'observation : l'influence de la suggestion sur la guérison de l'hystérie banale.

Ce n'est vraiment pas nouveau.

D'ailleurs nous allons rapporter une observation de BAZY où « la farce chirurgicale » a été presque jouée et où le résultat n'a pas été brillant.

« Une jeune femme de 23 ans, atteinte depuis l'âge de 13 ans de violentes douleurs dans le bas-ventre siégeant surtout du côté droit : ces douleurs reviennent par accès, qui sont plus nombreux au voisinage de l'époque menstruelle et diminuent au contraire un peu dans les huit jours situés au milieu de l'espace intermenstruel.

Les accès, qui surviennent quelquefois toutes les demi-heures sont si violents, qu'ils ont nécessité des piqûres de morphine, de sorte que la malade prend 6 à 7 centigrammes de morphine le jour et surtout la nuit.

Les accès consistent en douleurs partant du bas-ventre et surtout de la région ovarienne droite. La malade, qui est couchée, se met sur son séant et comprime la région ovarienne droite; elle est prise, en même temps, de claquements de dents violents, puis surviennent des nausées et des vomissements de matières filantes blanches ou bilieuses.

La crise dure 2 minutes, quelquefois 5 et même 10 minutes. Les petites crises ne s'accompagnent pas de vomissements. Quand elles se prolongent, au contraire, elles sont toujours suivies de vomissements.

L'examen des deux régions ovariennes ne me permet de constater qu'un peu d'induration des culs-de-sac, sans trouver de tumeur.

Elle a été vue par un grand nombre de collègues : l'un d'entre eux a trouvé un peu d'empâtement du côté droit. J'avoue que je ne constate rien.

Les nombreux confrères qui l'ont vue après qu'elle eut

suivi de nombreux traitements médicamenteux et fait de l'hydrothérapie pendant un long temps, ont proposé, les uns de s'abstenir de toute intervention, les autres de faire la laparotomie.

C'est dans ces conditions qu'elle entre à l'hôpital Beaujon, demandant une intervention.

Tenant compte de l'existence d'une aura ovarienne bien nette, tenant compte aussi d'un certain degré d'immobilisation de l'utérus qui indiquait des lésions du petit bassin, je fis la laparotomie. Je trouvai des annexes absolument perdues au milieu de fausses membranes épaisses anciennes; j'essayai de les détacher. Ce fut en vain; je me contentai de détruire les adhérences qui immobilisaient l'utérus, adhérences anciennes et que je pus faire voir aux assistants. Je fermai le ventre, estimant que faire courir plus de dangers à la malade pour un résultat aléatoire, n'était pas prudent.

Les suites furent aseptiques. Les douleurs et les crises ont diminué après l'opération. Mais j'ai appris depuis que les douleurs ont reparu. »

Eh bien, voici une malade grande hystérique à crises, morphinomane, qui souffre de la zone ovarienne. Son attention est donc portée d'une façon continuelle sur cette région, les examens fréquents des médecins l'ont certainement fixée toutes les fois davantage; la malade en est donc venue à un point où une intervention chirurgicale lui apparaît comme le salut, comme la guérison. Cette intervention est pratiquée donc comme suggestion, elle devait agir de façon parfaite. Et il n'en est rien, donc la suggestion n'avait rien à voir ici. Les adhérences ont été rompues, la guérison a paru parfaite, les adhérences se sont reformées, la maladie a réapparu avec elles. On ne peut mieux trouver, nous semble-t-il, une observation qui soit aussi exactement la contre-partie de celle de CHIARLEONE.

Mais continuons l'énumération rapide des principaux faits qui controuvent notre assertion.

Nous trouvons, dans JAMES ISRAEL, l'histoire d'une femme de 23 ans, ayant des douleurs épouvantables à chaque période menstruelle et des vomissements presque incoercibles. Elle traîna une existence misérable pendant des mois, et huit médecins lui conseillèrent la castration. On incisa la peau de l'abdomen. Cette incision fut suivie de la guérison de tous les accidents, et cependant l'examen physique avait décelé l'existence de lésions ovariennes. Plus tard, les vomissements reparurent, mais la malade avait appris qu'on avait simulé la castration.

DAWSON et GILLETTE ont rapporté des faits identiques.

CHAPITRE VI

REVUE DES CAS FAVORABLES

Voici donc rapportés aussi exactement que possible les principaux faits qui vont contre notre thèse. Nous allons énumérer ceux des cas qui nous paraissent propres à soutenir cette dernière. Nous rapporterons les observations intéressantes en terminant par nos observations inédites.

Nous citerons tout d'abord les interventions de BATTEY, dont nous avons déjà parlé rapidement. PICHEVIN classe les résultats parmi les mauvais. Ce n'est pas notre avis. En effet, l'auteur signale 9 cas opérés pour oophoro-épilepsie (hystérie), correspondant à 9 guérisons. D'ailleurs, il ne se contente pas d'apporter ses propres cas : il s'est livré à ce sujet à une petite enquête qui lui donne les renseignements suivants :

Le professeur W.-H. BYFORD a fait la castration pour convulsions hystéro-épileptiques avec excellents résultats.

M.-D. MAUN, K.-S. SUTTON, le professeur W.-S. HOWARD, K.-J. WILSON, D.-B.-F. BAER et le professeur REAMY ont pratiqué l'oophorectomie avec de brillants résultats, pour la guérison d'accidents nerveux.

Interrogeons, d'après la thèse de MAGNIN, la statistique dressée à propos des cas assez nombreux de castration pour troubles nerveux qu'il a réunis.

Dans une première série : opération pour troubles nerveux vagues, nous trouvons comme résultats éloignés (de 6 mois à 6 ans), 4 guérisons complètes, 2 améliorations.

Dans une deuxième série: accidents hystériques légers, nous voyons que les résultats éloignés (les seuls qui nous intéressent) sont les suivants :

11 malades guéries radicalement, 4 améliorées, et une sans changement.

Faisons remarquer que toutes ces femmes avaient des ovaires avec des lésions pathologiques (kystes, adhérences, etc.).

Enfin, dans la troisième série, la plus importante certainement par la gravité des cas qui y sont compris, nous voyons, sur 22 observations suivies pendant longtemps (de 5 mois à 5 ans), le chiffre considérable de 15 guérisons permanentes et complètes, 4 malades ont été améliorées, 2 restent en l'état, une seule fut aggravée.

Nous ajouterons, sans y insister, les améliorations ou guérisons de LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, RICHELOT et POZZY.

En effet, même en rapportant des chiffres considérables, nous ne pourrions emporter la conviction, car il vaut mieux quelques observations complètes que beaucoup mal résumées.

Nous allons donner ici la relation des faits observés dans le service de M. le professeur Tédénat, nous y ajouterons quelques réflexions qui nous ont été inspirées par leur observation.

Observation Première

(Thèse de M. CASTAGNÉ, Montpellier, 1891)

Grande hystérie. — Douleurs ovariennes continuelles. — Castration par M. le Professeur TÉDENAT. — Persistance des signes hystériques, mais guérison des accidents névrosiques.

Le 14 mars 1890 entre à l'hôpital Saint-Eloi Suburbain, dans le service de M. le professeur GRASSET, la nommée M. C..., âgée de 23 ans, non mariée. Elle se plaint de dou-

leurs violentes dans la fosse iliaque droite et a de fréquentes crises nerveuses.

Antécédents héréditaires. — Mère très nerveuse, sujette à des hématomèses à la moindre émotion; douleurs iliaques s'exaspérant au moment des règles. Morte, il y a dix ans, de phtisie pulmonaire.

Père alcoolique, se livrant à des actes de violence pendant l'ivresse, se mettant sans motif en colère. Mort en janvier 1891 dans un asile d'aliénés.

Grand'mère maternelle morte phtisie.

Grand-père maternel, pas de renseignements.

Grand'mère paternelle s'enrhumant et toussant très facilement, notamment dans ses dernières années.

Le père de la malade s'est remarié et a eu de sa deuxième femme une fille qui est morte à l'âge de 3 ans d'une méningite.

Pas de renseignements sur les collatéraux.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance, variole très légère. Début de la maladie actuelle à l'âge de 11 ans.

De 2 jusqu'à 18 ans, la malade a été élevée dans un orphelinat, où parmi les pensionnaires se trouvaient quelques jeunes filles sujettes à des crises de « haut mal » (hystérie ou épilepsie), et c'est en assistant à ces crises, consécutivement à une frayeur qu'elle aurait éprouvée il y a 12 ans, que M. C... aurait contracté la maladie qui la fait entrer dans nos salles. Enfin, vers l'âge de 18 ans, elle a reçu dans le ventre un violent coup de pied de son père qui, ce jour-là, avait trop caressé la dive bouteille.

En même temps que se fait l'instauration mensuelle apparaît la maladie.

A 11 ans, M. C... est prise subitement et sans cause apparente d'hémorragies nasale et buccale qui durent quinze

jours environ, le sang, au dire de la malade, sortait à flots par la bouche et les narines. Un mois après, se montrait le premier écoulement menstruel, d'abord très peu abondant et durant deux ou trois jours à peine, tout se bornait à quelques gouttes de sang sortant de loin en loin pendant ce temps. Toutefois, cet écoulement arrivait périodiquement à l'époque attendue.

Alors se manifestent des douleurs dans la fosse iliaque droite, et depuis, ces douleurs continuelles sont toujours devenues plus intenses au moment des règles; cette exacerbation s'accompagne d'un notable gonflement abdominal, de sueurs abondantes et, pour compléter le tableau, de crises de grande hystérie.

Il va sans dire que toutes sortes de moyens avaient été mis en usage contre la névrose d'une part, et la lésion génitale de l'autre. Mais des circonstances particulières ayant empêché l'opération qui avait été acceptée par la malade, le docteur Malphette envoya M. C... à Montpellier, dans le service de M. Grasset.

État de la malade à son entrée à l'hôpital Saint-Éloi. — Fille de 23 ans, bien portante, de taille un peu au-dessous de la moyenne, regard vague, teint foncé. L'intelligence n'est pas brillante.

M. C... tousse souvent; rien à la percussion ou à l'auscultation ne donne l'explication de cette toux sèche et monotone. Anorexie, vomissements alimentaires et aqueux, dépravation de l'appétit; d'après la malade, l'idée seule de manger amène une crise. Céphalalgie continue.

Voies urinaires. — Anurie. C... reste trois, quatre jours sans uriner; depuis deux jours qu'elle est dans le service, elle n'a uriné qu'une fois la quantité de 450 cc. Rien de particulier à signaler dans l'analyse qui a été faite.

Force musculaire. — Dynamomètre, 17 k. à droite, 21 à gauche; la malade n'est pas gauchère.

Sensibilité. — Diminuée à gauche, complètement abolie à droite dans toute la moitié du corps correspondant au siège de la douleur iliaque.

L'ouïe est diminuée à droite; le tic-tac de la montre est faiblement perçu à 10 centimètres.

Rien du côté de l'odorat et du goût. Anesthésie complète des muqueuses du pharynx, de l'épiglotte et de l'orifice supérieur du larynx, qui permet d'enfoncer impunément le doigt dans toute la gorge et l'arrière-gorge de la malade.

Anesthésie conjonctivale à droite; le contact d'une tête d'épingle sur la conjonctive scléroticale n'est pas perçu.

Vision. — Rétrécissement concentrique du champ visuel, marqué surtout à droite. — Amblyopie, achromatopsie à droite; le bleu n'est pas distingué du blanc par l'œil droit; l'œil gauche établit parfaitement la différence.

La vue se brouille très rapidement pour peu que la malade regarde fixement un objet.

Zones hystérogènes — Une zone très nette au niveau de la région ovarienne droite, une zone au milieu de la nuque, une troisième au niveau de la région rénale droite, une dernière dans le mollet et le bas de la cuisse droite. La zone qui a son siège à la nuque provoque, quand on la presse la sensation de boule montant à la gorge; la pression des autres répond à l'ovaire droit. Quelle que soit la zone que l'on presse, le visage de la malade exprime une très grande douleur.

L'attaque convulsive est maîtrisée par la seule compression ovarienne.

Crise. — Elle offre les caractères classiques de la grande crise hystérique; à noter de grands coups de poings sur le

ventre de la part de la malade alternant avec l'enfoncement des poings dans la fosse iliaque droite.

A la fin de la crise, pas de délire, pas d'hallucinations, pas de sécrétions.

Du 14 au 20 mars, huit crises dont une dans le bain.

Le 22 mars, la malade demande qu'on la délivre par n'importe quelle opération et, sur ses instances, elle est envoyée dans le service de M. le professeur Tédénat.

Lorsque M. C. . est envoyée en chirurgie (22 mars), on note du côté de l'abdomen et des organes génitaux les phénomènes suivants :

L'abdomen présente un léger degré de ballonnement sensiblement plus marqué au niveau de la fosse iliaque droite ; en ce point, la malade accuse plus particulièrement des douleurs parfois spontanées, mais surtout provoquées par la marche et la station debout. A la percussion, on constate du tympanisme dû manifestement à la distension par les gaz de la première portion du côlon. Le palper réveille également des douleurs dans presque toute la région sous-ombilicale, plus vives cependant dans les fosses iliaques, et permet de sentir quelques vagues points saillants de chaque côté de l'utérus.

Par le toucher vaginal, on trouve le cul-de-sac droit abaissé et plus considérable que le cul-de-sac gauche, ce qui tient à la situation de l'utérus, dont le col est porté à gauche et en avant, tandis que le corps est porté à droite et en arrière.

L'utérus, peu mobile, est maintenu dans cette situation par des adhérences assez lâches. L'orifice du col est petit et arrondi. Dans le cul-de-sac postérieur, on perçoit vaguement un petit corps arrondi qui paraît être un ovaire prolabé (le gauche). L'exploration des culs-de-sac est douloureuse. Pertes blanches assez abondantes. La dernière menstruation a eu lieu dans les premiers jours du mois.

Le 26 mars, l'ablation des trompes et des ovaires est pratiquée. Purgatif la veille, précautions antiseptiques habituelles. L'opération, qui a duré trente minutes, n'a présenté aucun incident; à noter seulement l'existence de nombreuses adhérences péritonéales qui rendirent difficile l'accès sur les annexes et ont allongé la durée de l'opération.

L'intestin, qui, à deux ou trois reprises, avait tendance à faire saillie à l'angle supérieur de la plaie, a été maintenu avec des compresses antiseptiques chaudes. Huit points de suture ont fermé la cavité abdominale. Le soir : T. 37°. P. 60.

Examen de la pièce. — Les parties enlevées sont représentées par l'ovaire de chaque côté et une portion des trompes; celles-ci sont flexueuses, légèrement augmentées de volume et épaissies; la trompe gauche mesure 47 millimètres, la droite 36 millimètres. Les ovaires paraissent extérieurement sains, sauf une augmentation de volume marquée pour l'ovaire gauche; la mensuration donne pour les différents diamètres de cet ovaire : diamètre transverse, 42 millimètres; diamètre vertical, 21 millimètres; diamètre antéro-postérieur, 19 millimètres. L'ovaire droit offre une forme irrégulièrement arrondie; son diamètre transverse mesure 26 millimètres; le vertical, 24, et l'antéro-postérieur, 21.

Le poids respectif des parties enlevées avec les trompes est 15 gr. pour l'ovaire gauche, 12 gr. 50 pour l'ovaire droit. A la surface des deux ovaires, on remarque de nombreuses vésicules de de Graaf, dont quelques-unes sont arrivées à pleine maturité.

M. le professeur Kiener a eu l'obligeance d'examiner microscopiquement des fragments d'ovaire et de trompe et de nous remettre une note sur ses recherches.

Il a été fait des coupes sur des fragments conservés dans

l'alcool : ces coupes se colorent très mal par les divers carmins dont il a été fait essai. On reconnaît cependant encore les traits principaux de structure : la coupe est parsemée dans sa partie externe de kystes variant depuis des dimensions microscopiques jusqu'à celles d'un pois. La partie centrale est constituée par un stroma fibreux comprenant un grand nombre de vaisseaux contournés sur eux-mêmes et de fort calibre, dont la plupart ont une paroi très mince et semblent creusés dans le tissu fibreux. Les kystes de la zone superficielle ont une paroi complètement lisse, sans vestige de bourgeonnement papillaire. Sur quelques-uns d'entre eux (notamment les plus petits), l'épithélium est conservé et on voit qu'il est composé d'un épithélium cylindrique stratifié à plusieurs couches ; cet épithélium repose sur une membrane de 3 à 4 centièmes de millimètre d'épaisseur formée d'un tissu conjonctif délicat, riche en cellules. Plus en dehors, on reconnaît une tunique fibreuse qui se confond insensiblement avec le tissu fibreux de l'ovaire. Ces kystes paraissent provenir de l'hydropisie des follicules de de Graaf. Ça et là, de rares follicules de de Graaf à l'état normal et des corps jaunes à différentes périodes de leur évolution.

Rien à dire des trompes. Les suites opératoires ne présentent rien de particulier et sont très bonnes.

Les 29 et 30, la malade a des douleurs abdominales assez vives, qui durent encore les 1^{er} et 2 mai : c'est l'époque menstruelle. A eu un vomissement sanguin, mais pas d'écoulement génital.

Ces mêmes phénomènes douloureux du côté de l'abdomen se sont reproduits très violents dans les premiers jours de juin. Le 6 de ce même mois, la malade quitte le service. Les longues marches font naître encore de la douleur, la constipation est habituelle et tenace ; il existe en outre des

pertes blanches assez abondantes. Le toucher vaginal, bien moins douloureux que par le passé, permet de constater la souplesse des culs-de-sac vaginaux.

Pendant les deux mois et demi que la malade est restée dans le service de chirurgie, elle n'a pas eu la moindre attaque d'hystérie.

Mais tous les stigmates et tous les signes de la névrose, hémianesthésie, troubles visuels, troubles de la sensibilité, que nous avons notés avant l'opération, ont persisté. La malade est restée hystérique. Nous ne détaillerons pas son nouveau séjour dans le service médical. Elle n'a plus eu de crises jusqu'au 1^{er} janvier, mais elle a présenté des phénomènes très remarquables ; ainsi, dans les premiers mois qui ont suivi l'opération, elle marchait avec peine, un peu pliée en deux ; le ventre était ballonné, douloureux, surtout à droite à cause des adhérences péritonéales dont nous avons parlé au cours de l'opération. La malade souffrait surtout au moment où elle aurait dû avoir ses règles qu'elle n'a plus revues depuis la double ovariectomie : des injections sous-cutanées de morphine pouvaient seules la soulager. A noter, avec la diminution de la sécrétion urinaire antérieure à l'opération, un spasme du col vésical nécessitant la cathétérisme, une constipation opiniâtre et des vomissements rendant très difficile l'alimentation, deux ou trois hémoptysies très légères coïncidant avec l'époque supposée des règles. Pas de changements dans l'habitus extérieur, rien au cœur, rien aux poumons, dix mois après l'opération.

Mai 1905. La malade a servi comme domestique pendant trois ans dans une maison où on se montrait très difficile pour le service. Elle a satisfait pleinement ses maîtres. En 1904, elle fut soignée pour une névralgie du trijumeau, par le docteur Adenot, de Lyon, qui ne constata aucun signe

d'hystérie, quoique ses investigations aient porté sur ce sujet d'une façon toute particulière.

A la suite d'une enquête faite en 1890, la malade a été convaincue, à ce moment, de simulation. Cette dernière fut motivée par le désir de rester plus longtemps à l'hôpital.

Observation II

(Inédite, due à l'obligeance du professeur TÉDENAT)

Paraplégie survenue après un accouchement compliqué d'inflammation péri-utérine, améliorée par des applications de glycérine ichthyolée dans les culs-de-sac vaginaux, guérie par la libération de l'utérus et sa suture en position normale.

Rose C..., âgée de 25 ans, née et demeurant à C. (Hérault), sans antécédents héréditaires, toujours bien portante, réglée régulièrement dès l'âge de 13 ans.

Accouchement difficile suivi d'accidents puerpéraux en janvier 1899. Après deux mois de fièvre, de douleurs vives abdominales et lombaires, les douleurs restant toujours violentes, survint une paralysie complète des membres inférieurs. Cette paralysie résistant aux frictions de toute nature, la malade entra à l'hôpital suburbain, où on fit le diagnostic de paraplégie hystérique, bien qu'il n'existât aucun stigmate d'hystérie ; suggestion, électricité, furent essayées pendant près de trois mois, sans aucun résultat.

La malade passa dans le service de M. Tédénat qui fit les constatations suivantes : pas de stigmates d'hystérie, utérus en rétroversion complète (9 heures) fixé, avec empâtement, dans les culs-de-sac qui sont douloureux à la pression même légère. Pas de lésions notables de l'utérus. Douleurs sourdes dans les régions lombo-sacrée et hypogastrique. Pas d'appétit, digestions lentes. La quantité d'urine varie de 800. à 1.000 gram., la quantité totale d'urée de 8 à 11 gram. La malade est pâle, amaigrie. Paraplégie complète. Réflexes

rotuliens diminués. Menstruation faible pendant cinq ou six jours, précédée d'une aggravation de douleurs pendant sept ou huit jours.

M. Tédenat conseille : applications du maillot humide de Priessnitz. Badigeonnage des culs-de-sac avec glycérine iodée à 1/20 et application de tampons de gaze imbibés de glycérine ichthyolée à 1/15.

Ce traitement, suivi pendant un mois, produit une diminution très nette des douleurs qui ne s'irradient plus dans les cuisses, de l'exsudat péri-utérin. La malade fait quelques mouvements des membres inférieurs, mais ne peut les détacher du plan du lit. Elle quitte l'hôpital, bien que M. Tédenat lui fasse entrevoir qu'une opération lui rendrait les libres mouvements des membres inférieurs.

Peu à peu, les douleurs reprennent leur première intensité, les membres inférieurs redeviennent complètement inertes. La malade entre à l'hôpital quatre mois après en être sortie. Son état est redevenu tel qu'il est décrit ci-dessus. Avant de se décider à une intervention chirurgicale sérieuse (laparotomie suivie selon les lésions de l'excision utéro-ovarienne ou de la libération et de la fixation des organes génitaux internes en leur place), M. Tédenat fait une minutieuse enquête de laquelle il résulte que, avant les accidents qui suivirent son accouchement, il n'y avait eu aucune manifestation d'hystérie, qu'il n'existe aucun des stigmates classiques de l'hystérie, que l'amélioration survenue lentement après le traitement topique fait à l'hôpital, avait progressivement disparu.

6 février 1900. Laparotomie médiane après anesthésie calme et sans accidents. Adhérences étendues retenant l'utérus en forte rétroversion, recouvrant et fixant les trompes et les ovaires. Ces organes sont assez facilement libérés. Hystéropexie à la Terrier. Les annexes, peu malades,

reprennent leur place. Suture de la paroi abdominale sans drainage.

La guérison opératoire était complète le 22 février. Le 10 mars, la malade élevait les membres inférieurs sans effort ni hésitation à plus de cinquante centimètres au-dessus du plan du lit. Exercices au lit plusieurs fois par jour. Le 25 mars, la malade marchait soutenue de chaque côté. Elle marchait seule, solide sur ses jambes dès le 19 avril et quittait l'hôpital quelques jours après.

L'utérus occupait sa position normale et les culs-de-sac étaient souples et indolores, les injections vaginales, les lavements chauds, le maillot humide ayant été repris le 20 mars.

Depuis sa sortie de l'hôpital, Rose C... jouit d'une parfaite santé, fait son ménage, travaille aux champs.

En mars 1904 surviennent quelques douleurs lombosacrées, irradiant vers le haut des cuisses ; la malade se croit enceinte et elle vient à la Maternité en juin 1904.

Elle n'avait pas eu alors ses règles depuis décembre 1903. A partir de cette dernière date, elle s'est aperçue que son ventre augmentait de volume et que la marche était assez difficile. Au mois de juin 1904, M. Vallois constate à la Maternité qu'elle n'est pas enceinte et lui conseille de revoir M. le professeur Tédénat. Elle retarde cette consultation et au mois de novembre 1904 présente une véritable crise urinaire (4 litres d'urine tous les jours pendant 15 jours). Les règles réapparaissent et la marche redevient absolument normale ; les douleurs ont disparu en même temps que la constipation opiniâtre qui existait auparavant.

Le 1^{er} avril 1905, jour où nous avons eu des nouvelles de la malade, l'état de parfaite santé persistait.

Observation III

(Inédite, due à l'obligeance du Professeur TÉDENAT)

Accidents de grande hystérie survenus après un avortement compliqué d'infection ; salpingo-ovarite bilatérale très douloureuse. — Excision des organes génitaux internes. — Guérison.

Philomène B..., épouse S..., née à Perpignan, âgée de 34 ans, couturière.

Pas d'antécédents héréditaires. Deux sœurs plus jeunes très bien portantes, laborieuses ; sans accidents névrosiques ; un frère plus âgé bien portant.

Réglée à 13 ans régulièrement pendant 3 ou 4 jours. Mariée à 15 ans et 3 mois. Accouchement régulier à 16 ans et demi ; suites de couches bonnes. L'enfant a toujours joui d'une parfaite santé, j'ai vu ce beau garçon, excellent ouvrier.

A l'âge de 19 ans, nouvelle grossesse terminée par un avortement au cinquième mois, mal soigné, suivi d'accidents fébriles avec ballonnement du ventre, vomissements, douleurs lombo-abdominales.

Deux mois et demi après, sans autre cause apparente, survenaient les premières crises d'hystérie. Pendant cinq ou six années, elles se manifestaient sous forme d'étouffements, de boule hystérique suivie de pleurs et presque toujours à la suite d'émotions, de fatigues. Elles étaient plus marquées, plus intenses dans les jours qui précédaient les règles et coïncidaient avec une aggravation des douleurs pelviennes. Les règles duraient 8 ou 10 jours, plus abondantes qu'autrefois et suivies de leucorrhée abondante.

Depuis cinq ans, dans les 10 jours qui précèdent les règles, se produisent de grandes crises convulsives et la malade reste pendant la plus grande partie du temps incapable de

tout travail. Il n'y a jamais eu de paralysie d'aucune sorte. La malade a pris des douches froides et chaudes, du bromure de potassium.

Ces divers traitements n'ont pas donné de résultats appréciables, bien qu'ils aient été dirigés avec ténacité dans plusieurs services d'hôpital.

Elle entre le 2 mai 1898 à la salle Desault et dans le service de M. TÉDENAT. Les grandes crises, depuis cinq ou six mois surviennent trois ou quatre fois par jour. Cris violents, convulsions générales pendant lesquelles la malade est plus d'une fois tombée de son lit, se faisant des contusions. Il n'existe aucun stigmat, sauf un léger rétrécissement du champ visuel, surtout à gauche, mais très peu marqué. Cette recherche a été faite à plusieurs reprises pendant le séjour de la malade dans le service, où elle est entrée surtout pour son affection utérine.

Elle souffre dans la région lombo-sacrée et surtout dans la région hypogastrique d'une sensation de brûlure. Les règles durent dix jours, abondantes, mais sans caillots. Quand elles ont fini, il y a, pendant une semaine, diminution des douleurs et des convulsions hystériques.

L'utérus est en forte rétroversion adhérente. On sent les annexes dures, volumineuses, adhérentes dans le Douglas. Constipation extrême, nécessitant depuis longtemps des lavements quotidiens. Selles accompagnées de douleurs à la fosse iliaque gauche et à la région sacrée. Malade amaigrie, sans lésions appréciables des grands viscères.

Après un mois et demi d'observations et de soins (injections vaginales, maillot de Priessnitz, tamponnements du vagin...) M. TÉDENAT se décide à pratiquer la laparotomie.

15 juin 1898. — Anesthésie au chloroforme. Les annexes font bloc avec l'utérus adhérent en rétroversion. Amputation

totale, et excision d'un gros morceau d'épiploon induré adhérent aux annexes.

27 juin. — Guérison opératoire complète, régulière et sans incidents, surtout sans la moindre crise hystérique. La malade quitte l'hôpital le 21 juillet.

Depuis cette époque, elle a repris son travail et n'a jamais eu de crise d'aucune sorte, sauf l'épisode suivant :

Le 3 mai 1904, elle rentre chez elle le soir à 8 heures, après avoir travaillé, comme à l'ordinaire, dans une maison particulière, de sa profession de couturière. Elle trouve la porte de son logis enfoncée, son armoire saccagée. Des voleurs avaient pris son linge et les cinq cents francs qu'elle avait économisés sur son travail. Alors, elle a eu une crise de larmes avec sensation de boule au cou ; mais tout s'est borné là et elle a repris son travail et le continue bien portante (décembre 1904).

Observation IV

(Recueillie dans le service du professeur TÉDENAT)

Mérite et crises d'hystérie pendant sept ans. — Guérison par les pansements à la glycérine ichthyolée de la métrite et des crises.

Madeleine P..., 31 ans, entre dans le service de M. le professeur Tédénat, villa Fournier, n° 4.

Antécédents héréditaires. — Mère très nerveuse, ayant présenté des crises convulsives d'hystérie très fréquentes, avec exagération au moment des règles, les crises ont complètement disparu à la ménopause. Une sœur non névropathe. Elle a une fillette de 6 ans pas nerveuse.

Antécédents personnels. — Jamais de symptômes d'hystérie, ni pleurs ou rires faciles, ni sensation de boule, ni crises caractérisées. Caractère bien équilibré.

Réglée à 15 ans facilement, sans phénomènes névrosiques; irrégulièrement, manquant parfois plusieurs mois, durant huit jours, peu abondantes.

Début de la maladie. — Mariée à 24 ans, neuf mois après la malade accouche, mais après l'application du forceps nécessitée par une période d'expulsion trop longue. Pendant la grossesse, vomissements incoercibles sans phénomènes d'intoxication ni albumine.

Au moment même de l'introduction des branches du forceps dans le vagin, la malade, sans perdre connaissance cependant, se met à chanter sans mouvements convulsifs et bat la mesure. L'extraction fœtale est faite. Vingt minutes après, retour complet à l'état normal.

Quatre jours après, fièvre, douleurs abdominales, lochies fétides et purulentes; bref, infection puerpérale. L'état fébrile disparaît. Le douzième jour, lever. Douleurs abdominales et pertes jaunes tachant le linge, encore fétides.

Au moment où la malade se lève, une nouvelle crise se produit, et présente le tableau suivant sur lequel seront presque calquées les crises consécutives : Fatigue générale, sensation de brisement, puis bâillements successifs, impression de boule qui étouffe au cou après être partie de la région ovarienne et être passée à l'épigastre. Enfin, la malade, sans perdre connaissance (elle entend et répète plus tard ce qui a été dit autour d'elle), commence à chanter, puis subitement à pleurer ou à rire. Ceci dure entre demi-heure et trois quarts d'heure. Parfois, mais assez rarement, des phénomènes toniques, puis cloniques, complètent le tableau. Assez souvent aussi tous les éléments ne sont pas réunis, et notre malade effectue une crise larvée, sous forme de bâillements ou de simple sensation de boule. Remarquons que la malade ne tombe pas et a toujours le temps de s'asseoir.

A partir du douzième jour de son accouchement et coïncidant avec des phénomènes d'infection utérine atténuée, la malade présente des crises complètes ou larvées, presque tous les jours. Au moment du retour de couches se produit une crise particulièrement longue et impressionnante (à grands mouvements). Au moment où les règles vont commencer, les crises sont plus fréquentes et plus longues.

Cet état dure pendant cinq ans. Crises fréquentes, douleurs lombo-abdominales, écoulement utérin purulent, règles très irrégulières. Le traitement médical contre les crises n'a donné aucun résultat. M. Tédénat, consulté le 18 juin 1904 par la malade, conseille les pansements utérins, qui sont faits par le Dr Orssaud, de Pézenas. Au premier pansement crise légère. Au bout de neuf pansements, les douleurs disparaissent et les pertes s'atténuent. Les crises se suppriment complètement; au moment des règles, on ne peut relever le moindre phénomène névrosique même léger.

On ne constate d'anesthésie en aucun point de la surface cutanée. Pas d'anesthésie pharyngienne. Réflexe palpébral atténué. Pas de retrécissements du champ visuel, pas de zones hystérogènes (ni ovarienne, ni mammaire).

En septembre 1904, la malade éprouve une violente émotion, elle apprend subitement la mort d'une parente très rapprochée, et alors fait une crise semblable à celles que nous avons décrites plus haut. Depuis ce jour-là, cet accident ne s'est pas reproduit et la malade est restée guérie.

Mais en septembre 1904, M^{me} P... perçoit une tumeur dans l'aisselle droite. Quand elle vient se faire examiner, en mars 1905, on constate :

A l'aisselle droite. — Une grosseur irrégulièrement arrondie, occupant la face interne du creux axillaire, du volume d'une orange.

Au cou. — Ganglions réguliers et durs et adhérents.

28 mars. — *Opération.* — Incision sur la paroi interne du creux axillaire. Extirpation de masses ganglionnaires friables. Suture aux crins de Florence. Petit drain. Le soir, quelques vomissements.

30. Le drain est enlevé.

3 avril. — On enlève les fils. Résultat opératoire parfait.

6. Vers 10 heures du soir, sans raison aucune, la malade éprouve une sensation de fatigue générale, une douleur à la région épigastrique. Comme à chaque crise : cris, pleurs, chants, rires. La malade fredonne des airs sans prononcer les paroles. Cet état dure toute la nuit.

7. Dans la journée, même état avec intermittences sans mouvements convulsifs. Dans l'après midi, la malade veut s'en aller, a des hallucinations passagères (tigre, tête de mort). Ceci dure pendant la nuit ; puis s'arrête et passe.

20 mai. — Depuis le 7 avril, les crises ne se sont plus reproduites, tout paraît rentré dans l'ordre.

Observation V

(Due à l'obligeance du Dr ORSSAUD)

Annexite gauche gonococcique créant l'hystérie chez une prédisposée par hérédité.

— Ablation des annexes ; suppression complète des crises pendant un an. — Réapparitions rares par la suite.

Zénobie C..., de Castelnau, 32 ans, n'a jamais été malade avant son mariage. Elle est issue, il est vrai, d'une famille de nerveux. Son grand-père maternel a eu des crises toute sa vie et cela à propos de rien. Une tante maternelle, très nerveuse à l'ordinaire, n'a jamais eu de crises que pendant ses trois grossesses, mais alors elles sont innombrables. Une sœur est aussi victime de la névrose (crises de rire sans cause pendant les repas).

Malgré cet entourage, notre malade se flattait d'avoir « le caractère bien trempé ». Jamais de crises ni de manifestation quelconque de nervosité.

Elle se marie il y a dix ans. Un an après, premières douleurs de ventre à la menstruation (son mari présente une vieille goutte militaire) ; les douleurs, apparues d'abord deux ou trois jours avant les règles et en somme supportables, deviennent, en deux ou trois mois, absolument intolérables, exigeant le séjour au lit et avant, et pendant, et après les règles, pendant des jours entiers.

Les pertes rouges ne sont pas plus abondantes, mais elles sont suivies d'un écoulement jaune-verdâtre, glaireux, intarissable, amenant par irritation une vulvovaginite intolérable. En même temps la malade s'amaigrit, s'inquiète de son état — sans jamais avoir de crise — et se fait soigner... par correspondance par une sage-femme de Montpellier amie de la famille. Celle-ci conseille des injections, des ovules et du repos.

Au bout de huit à dix mois de ce traitement, une amélioration se produit, la santé revient avec la gaieté. Notre malade va s'installer à la campagne avec son mari nommé garde-chasse, et pendant quatre à cinq ans jouit d'une santé parfaite.

Dans le courant de 1902, le mari présente une sérieuse récédive de blennorrhagie et bientôt nouvelle apparition des douleurs chez la femme. En même temps son caractère se modifie, devient de plus en plus inquiet et impatient. A chaque menstruation, elle doit s'aliter deux à trois jours, elle souffre bientôt, non seulement avant les règles, mais sept à huit jours après, surtout lorsqu'elle essaie de se lever prématurément. La vulvovaginite est revenue. Bref, le tableau d'il y a cinq ans est complet, mais avec des douleurs de ventre plus aiguës, un caractère plus irritable, sans encore aucune crise.

Au traitement médical appliqué contre le retour offensif du gonocoque, il faut ajouter des douches froides biquotidiennes, des Priessnitz incessants, une médication bromurée.

Malgré tout, en décembre 1902, quatre jours après la cessation des règles assez abondantes qui l'avaient affaiblie, éclate la première crise hystérique, crise à grand spectacle : opisthotonos, tremblements, cris, rires, larmes se succèdent pendant deux heures environ. Ces crises allaient se reproduire d'abord aux environs des périodes menstruelles, puis avec une fréquence et une intensité de plus en plus grandes.

Il semblait évident que, de même qu'elles étaient apparues à la suite des douleurs de l'annexite, elles semblaient se multiplier avec les lésions salpingo-ovariennes.

La malade se rendait parfaitement compte que la douleur commençait toujours par le côté gauche du ventre, côté de l'annexite, douleur du même genre que les douleurs ordinaires de la menstruation, mais plus forte, puis elle se répandait dans tout l'abdomen en devenant atroce, pour monter au creux épigastrique et à la gorge, où la « boule » l'étouffait jusqu'à la perte de connaissance. Ainsi le plus souvent les crises de nerfs n'étaient consécutives ni à une colère, ni à une émotion, mais simplement à des coliques annexielles.

Il était logique de penser que, seule, l'ablation des annexes, nettement indiquées, par ailleurs, pouvait agir sur elles, les supprimer ou les atténuer.

Ce fut aussi l'avis du professeur Tédénat, qui vit la malade en février et conseilla l'opération. Celle-ci fut faite le 22 mars 1903.

Laparotomie, ablation d'une trompe purulente et d'un ovaire sclérokystique à gauche. Suites opératoires excellentes.

Retour des règles vers le 20 juin avec quelques douleurs

du côté gauche, dues sans doute à la congestion du moignon tubo-péritonéal.

Pendant un an, suppression complète des crises; et depuis jamais de douleurs au moment des règles dont elle ne s'aperçoit même pas. Caractère redevenu paisible.

En mai 1904, première crise à la suite d'une grande discussion de famille. Trois mois après, une autre, après un accès de fièvre urinaire chez son mari, puis deux en hiver, après la grippe.

Mais il est bien évident que, chez cette femme prédisposée à l'hystérie par hérédité, la cause occasionnelle révélatrice de la névrose a été la douleur due aux lésions annexielles dont l'ablation a supprimé cet état d'hystérie qu'elles avaient créé.

RÉFLEXIONS

La première observation, soigneusement recueillie, nous paraît intéressante à divers points de vue. D'abord, chez elle existent les stigmates de l'hystérie qui seront absents dans les observations suivantes. La malade possède ensuite des antécédents héréditaires névropathiques fort riches, elle présente des troubles généraux d'origine hystérique, nombreux et fort nets; en un mot, elle paraît être le type parfait de l'hystérique cérébrale (si nous osons employer ce terme, l'hystérie étant *une*, pour nous). Cependant le traitement médical n'a rien donné, et c'est après des essais infructueux effectués dans ce sens qu'on aura recours au traitement chirurgical. Ce dernier sera, en plus, légitimé par les douleurs très vives et la grande fréquence des crises produites au moment des règles. Les ovaires enlevés sont trouvés scléro-kystiques, des adhérences sont révélées pendant l'opération, toutes lésions qui, sur un terrain dans ce cas si préparé par

l'hérédité, suffisaient à produire les troubles graves de l'hystérie. Et la preuve qu'il en était bien ainsi, c'est la guérison de la malade. Les crises ont disparu complètement et la malade s'est sentie bien mieux. Certes, au moment des règles, des phénomènes généraux de congestion ont apparu, mais cela n'est pas pour nous étonner. Les stigmates ont persisté, la malade est donc hystérique ; possible, mais si les symptômes dangereux ou gênants d'une affection disparaissent, peu nous importe le nom ou l'existence latente de cette affection.

La malade marche assez difficilement et courbée, dira-t-on encore ; l'opération, dont le résultat n'a pas été parfait, n'a donc pas porté sur le point à traiter. Mais si ; seulement quelques adhérences péritonéales rompues pendant l'intervention se sont reformées et expliquent ces quelques reliquats symptomatiques qui n'ont pas tardé à disparaître, les derniers renseignements recueillis en 1905 nous le prouvent.

Tout autres seront les remarques suggérées par la lecture de notre deuxième observation. Ici, pas de stigmates d'hystérie chez une malade reconnue cependant comme telle par un neurologue de l'hôpital Suburbain, pas d'antécédents héréditaires névropathiques. Coïncidence parfaite entre l'infection puerpérale, ses lésions périutérines consécutives et l'instauration des phénomènes hystériques.

Inutilité des soins médicaux. Nous remarquons qu'avec l'application de topiques locaux, petit moyen, une amélioration petite aussi se produit. Mais lorsque la cause principale (rétroversion utérine et périmérite) sera traitée radicalement, les résultats seront, eux aussi, importants. Et ce qui nous prouve ensuite que l'intervention n'a pas une influence suggestive (argument qu'on pourrait élever), c'est que la guérison s'instaurera peu à peu et non d'un coup, et ne sera complète que plusieurs jours après l'opération.

Enfin, voici cinq ans écoulés depuis l'acte opératoire, et la guérison persiste parfaite.

La troisième observation a beaucoup de points de ressemblance avec la seconde, elle est aussi précise. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels névropathiques; pas de stigmates, si ce n'est un rétrécissement très léger du champ visuel de l'œil gauche.

Débuts des phénomènes hystériques coïncidant avec l'apparition de lésions génitales internes. Essais médicaux infructueux. Traitement par les topiques ichthyolés insuffisant. Hystérectomie abdominale: guérison parfaite. Cette dernière s'est maintenue pendant six ans d'une façon complète. L'apparition, à la fin de 1904, d'une crise d'hystérie larvée à la vue d'un véritable désastre pour la malade est, pour ainsi dire, trop naturelle pour être prise en considération. Nous pouvons donc compter ce cas comme très concluant.

Nous n'en dirons pas autant de la quatrième observation. Ici il existe des antécédents héréditaires nerveux très sérieux. Cependant, nous remarquerons que c'est seulement à l'occasion d'un traumatisme génital que s'effectue la première crise, et que c'est à la suite d'un traitement sur la région génitale que les crises si fréquentes auparavant cessent.

Nous avons publié cette observation surtout afin de montrer l'influence que peut exercer un traitement bénin mais local, contre le développement de phénomènes hystériques. La date trop rapprochée de ce traitement et les circonstances rapportées dans la fin de la relation enlèvent beaucoup d'importance à cette dernière.

Quelle impression devons-nous rapporter de la lecture de ces diverses observations?

Nous remarquerons que l'opération n'a été tentée qu'après

mûre réflexion. On a étudié soigneusement la malade d'abord dans des services médicaux, puis, en chirurgie, on a constaté la coïncidence des phénomènes hystériques avec les lésions génitales et les époques menstruelles. On a essayé des traitements chirurgicaux non sanglants, et, enfin, quand l'opération a dû être pratiquée, elle a toujours été aussi économique que possible. De la conduite de notre maître, M. le professeur TÉDENAT, dans ces divers cas, nous pouvons déduire son opinion en pareille matière : n'opérer que lorsque le traitement médical a été longuement et certainement inutile ; lorsqu'il existe des lésions génitales et que ces dernières paraissent être la cause des phénomènes hystériques ; utiliser les interventions les plus conservatrices.

CHAPITRE VII

REVUE DES OPINIONS

Nous allons maintenant passer en revue les opinions des divers chirurgiens qui se sont occupés de la question. Nous avons d'abord été embarrassé pour savoir quelle classification nous devons donner à cette partie de notre sujet ; nous nous sommes arrêté à la suivante : Énumération des opinions dans la France, puis l'étranger, chronologiquement, suivant les époques où elles ont été émises. Nous verrons ainsi, nous a-t-il semblé, l'évolution des idées dans les époques différentes. Comme toute statistique, ce chapitre sera aride, mais il est nécessaire que nous l'écrivions pour pouvoir ensuite, muni de documents nombreux, discuter l'utilité de l'intervention chirurgicale dans certains cas d'hystérie.

EN FRANCE

Nous avons vu, chemin faisant, que PEAN opérait pour les troubles nerveux hystériques, s'appuyant sur l'existence, d'après lui indiscutable, d'une hystérie génitale : les résultats ont été d'ailleurs inconstants. Il craint des abus.

TERRIER donne son avis en affirmant qu'il est partagé par bon nombre de ses collègues qui ont étudié la question. « L'opération est indiquée dans les cas où il existe, au moment des menstrues, avant leur apparition ou immédiatement

après qu'elles ont cessé, des phénomènes douloureux intenses, dont le point de départ est incontestablement situé dans l'un des deux ovaires ou dans les deux simultanément, et qui provoquent la manifestation d'accidents nerveux, qu'ils constituent de simples troubles indéterminés, des accès hystériques ou des attaques hystéro-épileptiformes. »

Une hystérique, après l'oophorectomie, reste hystérique, mais sa névrose est réduite à son minimum d'intensité et ne trouve pour ainsi dire pas d'excuse pour se montrer. Et ici une chose intéressante que signale TERRIER, et sur laquelle nous aurons à revenir, c'est l'impossibilité fréquente où on se trouve de déterminer l'état anatomique de l'appareil génital. Il faudrait donc, pour décider de l'intervention, se baser non sur les lésions, mais sur l'ensemble clinique.

TRÉLAT est très réservé dans ses indications, et parlant des applications de la castration à la cure des névroses : « C'est une question très importante de pratique, dit-il, dans laquelle le chirurgien ne saurait montrer trop de réserve et de mesure. »

CHARCOT est très affirmatif, ce dont nous ne devons pas d'ailleurs nous étonner. L'hystérie génitale n'existe pas. Il n'a jamais vu un cas d'hystérie susceptible d'être traité par la castration. Il a même vu des ovariectomisées, hystériques comme par le passé. La théorie sur laquelle les opérateurs s'appuient est fautive ; leur pratique est mauvaise, et, a-t-il ajouté, immorale.

On ne peut être plus tranchant, et, oserons-nous dire, plus de parti-pris.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE formule ainsi son opinion :

« Pour remédier aux accidents locaux et généraux, l'extirpation des ovaires sains a mauvaise réputation. Cependant,

je suis convaincu, pour ma part, que, dans ces cas, ce mode d'intervention est excellent. » Il ajoute (et nous résumons), que vu l'intensité des phénomènes, l'opération est légitime quoique ses résultats soient chanceux, et que, d'ailleurs, puisque ces phénomènes sont exagérés pendant les règles, il faut obtenir la ménopause. Les malades resteront quand même des nerveuses mais atténuées, car l'opération modifie l'individu sans faire disparaître complètement son tempérament.

PORAK, dans un rapport suscité par la communication ci-dessus de Lucas-Championnière, dit : « L'ablation des ovaires ne procure pas d'une façon certaine la ménopause ; si les ovaires sont sains, même si les phénomènes nerveux sont en rapport certains avec la menstruation, il ne faut pas les toucher. Si les ovaires sont manifestement malades, il faut tout essayer d'abord, et employer le traitement chirurgical en dernier lieu. »

MARTINEAU, POLAILLON, PAJOT, s'appuyant sur des faits personnels, partagent la réserve et les idées de PORAK ; ils sont donc peu interventionnistes.

DUMONT-PALLIER tranche nettement la question. Les ovaires sont-ils sains ? pas d'opération ; sont-ils malades ? l'opération est alors légitime. Abstention dans les cas d'ovalgie et prudence avant de se décider à intervenir dans les cas d'ovarite, car ce diagnostic est souvent difficile. Les idées de ce dernier auteur sont pleinement adoptées par GUÉRIN et SÉE.

TERRILLON, consulté, se range du côté des interventionnistes assagis, poussé dans cette conduite par le souvenir qu'il a de quelques interventions qui ont eu un résultat immédiat et ultérieur parfait.

RICHELOT est catégorique et nous reproduisons ses propres paroles, hardies mais sages : « On aura beau dire qu'avec les nerveuses il faut s'attendre à tout, qu'elles guérissent à

propos d'une opération comme à propos de rien quand on s'occupe d'elles et qu'on les satisfait ; pour moi, si une femme a été longuement traitée, si on l'a satisfaite ou martyrisée par tous les moyens sans calmer sa douleur ; si, clouée dans son lit avant l'opération, elle voit après cela disparaître son mal, se lève et reprend la vie commune, il m'est bien difficile de ne pas considérer cette transformation comme un résultat positif et un bienfait de la chirurgie. » Mais RICHELOT, malgré l'ardeur de sa conviction, ne parle pas de tout couper. Il admet, très naturellement, l'idée d'une laparotomie exploratrice suivie de ruptures d'adhérences, de résections partielles d'ovaire, etc. Il est cependant partisan, dans les cas très graves ou récidivants, de l'hystérectomie vaginale.

QUENU déclare que, contre l'hystérie ou les douleurs d'origine hystérique, il n'y a rien à faire. Cependant il admet l'opération dans les cas d'adhérences indéniables.

Nous avons vu plus haut l'opinion de LUCAS-CHAMPIONNIÈRE sur l'extirpation des ovaires sains contre les accidents hystériques ; nous allons voir que, quelques années plus tard, pour le traitement de l'hystérie par l'ablation d'ovaires lésés, ses idées ne se sont pas transformées.

« Je suis convaincu, dit-il, qu'on peut soulager et guérir les hystériques en les opérant. Il suffit d'une très petite épine pour provoquer les accidents. Son ablation peut donner un répit et un soulagement qui, même temporaire, représente en pareil cas un grand bénéfice. »

Le même auteur explique ensuite que la douleur reproduite chez le sujet opéré provient probablement des névrites ascendantes.

Il déclare que c'est de la bonne chirurgie et qu'avant d'incriminer l'imprudence d'un confrère, il faut se dire : presque toujours le seul juge de ses actions est le médecin qui soigne la malade.

REYNIER admet l'opération, mais après qu'on aura soigneusement éliminé les ovaralgies de causes neurasthéniques ou médullaires. Il met en même temps les opérateurs en garde contre l'aggravation du pronostic opératoire chez les nerveuses.

POZZI distingue deux cas : 1° il y a lésions ; 2° il n'y a pas lésions. Toutes les fois qu'il y a la moindre lésion, il y a indication à l'opération. Celle-ci s'imposerait même dans les cas de dysménorrhée avec réflexes.

« Chez les nerveuses, dit JACOBS, dont les organes ovarotubaires sont altérés, l'extirpation ne modifie que rarement les symptômes morbides. »

LE LENTU affirme que l'on trouve des douleurs à allures nettement hystériques occasionnées et entretenues par des dégénérescences polykystiques des ovaires, par des salpingo-ovarites exsudatives avec adhérences, par des salpingites suppurées. Dans ces cas, l'opération est nécessaire. On obtient alors des résultats variables selon l'ancienneté et l'étendue des adhérences, selon l'état névropathique antérieur. Le même auteur rapporte des observations de guérison qui ne se sont produites que peu à peu, deux ans même après l'intervention.

BOULLY est peu convaincu de la valeur curative de l'opération chez les nerveuses. D'après lui, pour obtenir de bons résultats, il faut enlever tout l'ovaire lésé, sans quoi des douleurs secondaires se produiront.

BAZY soutient une théorie un peu bâtarde : « L'hystérie ne constitue pas par elle-même une indication de l'ablation des annexes, même quand elle paraîtrait d'origine ovarienne. La castration n'est indiquée que si les annexes sont malades et alors on opère pour enlever les lésions ; tant mieux si l'hystérie en bénéficie. »

DOYEN a vu des cas de guérison par la castration. Mais il

signale le fait que la rupture de simples adhérences peut parfois suffire, et par là il ne veut pas dire que dans ces cas, la suggestion agit seule.

OPINIONS A L'ETRANGER

A l'étranger et en particulier en Amérique, plus qu'en France, l'oophorectomie a été tentée fréquemment comme moyen curatif des troubles nerveux. En effet, aux Etats-Unis, les opérateurs, se basant sur quelques cas heureux, se mirent à châtrer les malades, souvent sans avoir étudié les indications de façon suffisamment précise. Aussi ne serons-nous pas étonné d'entendre la voix quelquefois un peu brutale de Spencer Wells chercher à arrêter cette tendance fâcheuse.

T. SPENCER WELLS, dans un article où l'on trouve, à côté de raisons scrupuleusement scientifiques, des motifs qui ne le sont guère, étudie quelle est la conduite des chirurgiens de son époque sur ce point de thérapeutique spéciale. Il s'élève vigoureusement contre l'opérateur inexpérimenté ou irrésolû qui, sans indications suffisantes, prive la femme de sa fonction reproductrice. Cependant il n'exagère pas et reconnaît volontiers que les ovaires sont parfois le point de départ de douleurs intolérables et la cause d'accidents hystériques qui coïncident avec la période menstruelle. Il reconnaît aussi qu'après des essais de thérapeutique multiples et infructueux, le traitement chirurgical a maintes fois réussi. Et il conclut de sa courte expérience personnelle qu'il ne faut enlever des ovaires sains dans les cas de névralgie ovarienne que si tous les traitements ont été essayés et s'il y a danger de mort.

Il a plus tard une phrase bien cruelle pour les interventionnistes et peut-être insuffisamment réfléchie : « L'oopho-

rectomie pour maladies nerveuses est un délit contre la société et une honte pour les pays civilisés ».

D'après lui, après cette opération, fréquemment la mort s'ensuivrait ou au moins un mauvais état général accompagné d'une augmentation des douleurs.

HEGAR est beaucoup moins catégorique et nous croyons plus sage. S'il ne comprend pas et ne pratique pas l'ovariotomie pour troubles nerveux sans rapport avec la fonction sexuelle et sans lésions des organes génitaux, il est énergiquement partisan de la castration lorsqu'on se trouve en présence d'organes altérés. Ces derniers sont alors le point de départ de désordres auxquels il faut remédier. D'autres fois, l'auteur intervient lorsque des troubles locaux ou généraux coïncident avec l'apparition des règles ; il espère ainsi, en supprimant l'ovulation, supprimer aussi les troubles qu'elle entraîne. Certes, il ne nie pas qu'il existe des névroses qui paraissent dépendre absolument de la menstruation, mais il se demande si, dans des cas pareils, cette dernière ne joue pas le rôle d'agent provocateur chez un organisme déjà prédisposé d'une façon latente. Il va même jusqu'à émettre une hypothèse qui n'a pas été vérifiée depuis : l'existence de lésions des centres médullaires amenant des accidents localisés aux organes génitaux de façon simplement réflexe.

Il insiste (et c'est un point sur lequel nous nous arrêterons plus tard, car il nous est cher) sur la nécessité qu'il y a de rechercher avec soin la cause spéciale des premiers accidents et leur localisation. S'il est démontré qu'il y a lésions génitales, qu'avec le début de celles-ci la névrose s'est révélée, l'opération alors s'impose.

Les insuccès viendraient de la façon défectueuse dont beaucoup d'opérateurs posent leurs indications. « Les résultats satisfaisants, dit-il, ne manqueront pas si l'on se tient

aux principes que je viens de poser dans cet essai. Je ne dis pas que je n'aie eu un grand nombre d'insuccès, surtout lors de mes premières castrations, mais j'ai obtenu aussi des résultats plus brillants que ne peut fournir aucune autre intervention.»

BATTEY affirme qu'il existe une forme de dégénérescence kystique, très lente dans son développement, caractérisée par la présence de petits kystes, qui se distingue par une sensibilité extrême des ovaires, par des troubles de digestion, par une cachexie marquée et souvent par l'apparition de troubles nerveux plus ou moins intenses. Les ovariectomies pratiquées pour hystéroépilepsie lui ont donné des résultats immédiats, mais il insiste fort sagement sur ce fait qu'il est impossible de juger la valeur de l'opération ou d'en connaître le véritable résultat, à moins de suivre les malades pendant des années, chaque résultat positif bon est un succès; puisque l'opération seule était capable de guérir.

GAILLARD THOMAS dit : « Je considère la castration comme ayant une grande valeur pour la guérison des troubles nerveux causés ou aggravés par la menstruation. La castration, dans ces cas, a un grand avenir devant elle, mais on l'applique trop souvent sans nécessité et même sans la moindre indication. »

LAWSON-TAIT, après avoir montré par ses statistiques que l'ovariectomie a un pronostic opératoire relativement peu sérieux, se déclare partisan de cette intervention dans les cas de troubles nerveux, se basant pour cela sur son expérience personnelle. Il explique la persistance des douleurs après l'opération par la névrite ascendante; il faudra donc attendre l'atrophie complète des nerfs lésés pour obtenir un résultat parfait.

T. MORE MADDEN, PLAYFER, WYLIE, n'opèrent qu'à la dernière limite, après avoir fait beaucoup de réserves; mais ils opèrent.

PRICE et HALLIDAY n'opèrent jamais pour troubles nerveux. Cependant HALLIDAY, quelques années plus tard, avoue revenir sur sa première opinion en faisant la remarque que quand il existe des adhérences la guérison est lente.

SIMS a procédé avec succès à la castration contre certains troubles hystériques d'origine génitale et n'a eu qu'à s'en féliciter.

SCHROEDER reconnaît volontiers qu'en enlevant des ovaires normaux, on a obtenu la cessation des attaques d'hystérie. Il se déclare instruit par certains faits où la guérison est permanente.

MARTIN, SKENE KEITH et CHURCHILL ne conseillent la castration que dans les cas où les malades, sans avoir la vie menacée, ont une existence insupportable du fait de leur affection.

ENGELMANN, WALTON et FOREL approuvent l'opération, mais seulement si les troubles sont en rapport certain avec les ovaires et si ceux-ci sont lésés.

WEBSTER, après avoir insisté sur le traitement de toutes les variétés d'hystéries par l'hygiène ou les moyens médicaux, reconnaît que, contre l'hystéroépilepsie avec lésions génitales, l'intervention chirurgicale peut être employée avec succès. Il a cependant l'air de croire qu'une pareille opération agit en grande partie par la suggestion, puisqu'il recommande d'insister avant et après auprès des malades, sur les bienfaits qui leur seront apportés par le bistouri du chirurgien. Il s'élève avec énergie contre la castration pour douleurs pelviennes sans lésions.

BOLDT recommande la prudence : il faut, pour intervenir, des indications très nettes, surtout chez les sujets à hérédité chargée et précise. Cependant il a vu des cas de guérisons merveilleuses, surtout chez des hystéroépileptiques; mais, ajoute-t-il, il y avait des modifications très nettes de

la structure normale de l'ovaire. Enfin, pour opérer, il faut être sûr que les lésions génitales sont bien le point de départ de l'hystérie. On ne doit pas croire de suite à l'insuccès, car il y a des guérisons tardives.

Enfin, nous avons gardé pour la fin, l'enquête faite par ANGELUCCI et PIERRACINI sur le sujet qui nous intéresse. Nous allons puiser dans leur article copieux et documenté paru dans la *Rivista sper. di frenatria*, 1897; les renseignements qu'ils ont recueillis sont intéressants par leur nombre et par le scrupule scientifique qui a présidé à leur choix.

Abordons le côté de l'enquête qui touche de près à notre sujet, nous voyons alors le chiffre considérable de 76 réponses. Sur ces dernières, 56 paraissent défavorables; quelques-uns des auteurs de ces 56 opinions accordent d'heureux résultats à l'influence de la suggestion. D'autres traitent la méthode chirurgicale de coupable. Il est vrai que ce sont des spécialistes en psychiatrie et que ces derniers sont un peu suspects de parti pris involontaire. Les chirurgiens sont moins sévères pour le traitement sanglant. Si 13 opérateurs sont opposés à ce dernier, persuadés les uns de son inutilité, les autres le croyant dangereux, nous en remarquons 5 partisans acharnés de l'intervention sans réserves et 3 qui l'admettent, sauf dans les cas d'ovaires sains.

Après cette statistique d'ensemble, prenons les séries d'observations les unes après les autres et discutons-les.

Tout d'abord un groupe de 20 hystériques est traité chirurgicalement, la moitié voit ses phénomènes nerveux aggravés, l'autre moitié reste stationnaire, et cependant on a pratiqué sur elles des interventions sérieuses, parmi lesquelles 10 ovariectomies doubles, 5 ablations d'utérus et des annexes, etc. Mais nous ferons remarquer que ces insuccès ne nous étonnent nullement, car nous lisons dans les observations ci-dessus citées que les organes génitaux internes étaient sains.

Cependant nous devons enregistrer des faits contraires complètement, de guérison de l'hystérie par l'ablation d'organes génitaux sains.

5 observations nous les rapportent, mais deux sont de date trop récente pour être prises sérieusement en considération.

Dans un cas d'hystérie à manifestations mensuelles, avec douleurs abdominales très graves, l'hystérectomie a enrayé tous les phénomènes, et ceci depuis plusieurs mois. Enfin un fait probant et indiscutable est celui dans lequel la guérison se maintient parfaite depuis 1890.

Nous allons nous occuper maintenant des succès dus à l'ablation d'organes génitaux malades. Sur 11 cas rapportés (dont plusieurs sont dus à KORSKOW), nous en retiendrons 9 qui nous paraissent indiscutables. Dans trois de ces observations (deux à BIONDI, une à CASUCCI), on remarque nettement la connexion entre l'apparition des crises convulsives de l'hystérie et les répétitions des périodes menstruelles.

On obtient la guérison : par l'enlèvement de l'ovaire gauche pour un fibrome dans le premier cas ; dans le deuxième, par une ovario-salpingectomie bilatérale pour tuberculose annexielle ; dans le troisième, par une ovariectomie bilatérale pour dégénérescence kystique des ovaires.

Dans les six autres cas, la disparition des accidents hystériques aurait été obtenue par l'ovario-salpingectomie pour dégénérescence microkystique des ovaires devenus volumineux, dans deux cas par la salpingectomie pour salpingite blennorragique et, dans trois autres cas, par des interventions mal précisées et dans leurs causes et dans leur technique.

Les auteurs de l'enquête ne font malheureusement pas assez le départ des observations dans lesquelles les organes enlevés étaient sains, de celles où ces organes étaient altérés.

Nous avons vu, chemin faisant, que les interventions sur ovaires sains étaient presque toujours vouées à l'insuccès. Aussi, si nous citons les conclusions du rapport, nous nous permettrons de trouver qu'elles s'appuient sur une critique incomplète des cas rapportés. ANGELUCCI et PIERRACINI concluent ainsi : 1° Il est bon de proscrire l'ablation de l'utérus et de ses annexes normaux comme moyen de traitement de l'hystérie ; 2° de telles opérations doivent avoir leur indication d'opportunité dans la gravité de la maladie des organes sexuels à enlever, et doivent être indépendantes de toute considération ayant rapport à l'espoir d'agir d'une façon éventuelle sur l'état névropathique de l'opérée ; 3° après l'insuccès de tous les autres moyens, la laparotomie simulée peut être indiquée comme moyen de suggestion.

Nous avons compris, par la revue des opinions faite dans les chapitres précédents, que tous les avis étaient partagés ; depuis la castration à la moindre névralgie pelvienne, avec ovaires sains ou seulement avec organes génitaux internes lésés, jusqu'à l'abstention sans phrases ni discussion. Nous voici bien embarrassés pour formuler une conclusion, semble-t-il.

Certes, si les observations n'étaient pas aussi nombreuses, on pourrait établir une statistique dont l'étude fournirait en quelque sorte mathématiquement, une déduction précise. Mais déjà, en 1885, TISSIER, dans sa thèse, déclarait une telle compilation impossible. Aussi avons-nous abandonné cette idée. Nous nous contenterons de nous en rapporter aux opinions des opérateurs eux-mêmes.

Posons d'abord la première question : *Faut-il opérer des ovaires sains ?*

Peu d'auteurs répondent par l'affirmative, et nous remarquerons d'ailleurs qu'ils le font dans des articles déjà anciens. Nous les énumérons : THOMAS, PEAN, SPENCER WELLS,

SCHRÖDER, TERRIER, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, SIMS. Pour les uns, c'était hantés par l'idée de l'hystérie génitale pure qu'ils intervenaient ; nous ne discuterons pas la question, nous l'avons fait plus haut. Pour d'autres, la menstruation, jouant le rôle d'épine, provoquait une exacerbation dans un organisme héréditairement névropathique ; on produisait artificiellement la ménopause (ce qui n'est pas certain) et l'épine disparaissait. Les observations des guérisons de phénomènes hystériques par ablation d'ovaires sains sont assez rares, et si on les étudie de près, on voit que tous les traitements n'ont pas été soigneusement utilisés et que l'intervention fut faite de façon trop hâtive.

Tous les autres auteurs qui se sont occupés de la question répondent avec énergie : Non, il faut respecter les ovaires sains, leur influence sur le développement ou l'évolution de l'hystérie ne paraît pas assez démontrée pour faire courir à la malade les chances d'une opération et pour lui supprimer toute possibilité de maternité future.

Beaucoup de chirurgiens qui repoussent l'intervention sanglante employée contre les phénomènes hystériques sans lésions génitales, l'acceptent volontiers dans les cas de maladies organiques ovariennes ou utérines. Nous craignons de faire une énumération sèche et ennuyeuse de tous les auteurs de cette dernière opinion, cependant nous le faisons, pensant que leur nombre et leur valeur scientifique étayeront notre thèse. Ce sont : MM. BATTEY, HEGAR, POZZY, WEBSTER, LAWSON-TAIT, ENGELMAN, WALTON, FOREL, BOLDT, LE DENTU, DUMONTPALLIER, GUÉRIN, SÉE, TERRILLON, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, RICHELOT, REYNIER, PORAK, SIMS et tant d'autres que nous laissons volontairement de côté.

Chacun de ces auteurs a formulé son opinion d'après une expérience considérable, aussi cette réunion de témoignages vaut-elle une statistique documentée sur de multiples

observations. Certes, ils ne sont pas mathématiquement du même avis. Pour les uns, il faut opérer lorsqu'une hystérie présente des lésions annexielles ; pour d'autres, il faut qu'il y ait un rapport intime entre ces lésions et la production des phénomènes hystériques (douleurs et crises). Pour quelques-uns, les ovaires scléro-kystiques doivent alors être enlevés ; pour plusieurs autres, ce n'est que dans les cas de lésions avancées et suppuratives des annexes que l'opération est indiquée. Mais malgré ces divergences d'idées, ces auteurs sont unanimes à reconnaître qu'il ne faut pas opérer sur des organes sains, et que l'intervention n'est justifiée que sur des annexes ou des utérus lésés.

Enfin le troisième groupe soutient une dernière opinion avec acharnement : Chez toute hystérique, il faut s'abstenir de toute intervention sur les annexes dans le but de guérir la névrose. Enlevez, disent-ils, les organes malades, à cause des désordres qu'ils pourraient causer dans le corps, mais non dans l'espérance de combattre l'hystérie. Les ovaires extirpés, la malade restera une hystérique, présentera les mêmes symptômes aussi fréquents, aussi marqués ; donc, l'abstention au point de vue opératoire doit être la règle.

Nous ne serons pas étonnés de voir dans le groupe d'auteurs aussi intransigeants figurer plusieurs médecins, d'abord : CHARCOT, PITRES, GILLES DE LA TOURETTE, puis JACOBS, BAZY, MARTINEAU, POLAILLON, PAJOT, QUENU ; — Certes, bien d'autres ont soutenu la même thèse, mais nous ne pouvons citer ici que les plus connus et les plus documentés des auteurs.

Jusqu'ici, nous nous sommes contenté de rapporter les opinions des autres ; nous allons maintenant, ainsi documenté, prendre parti dans la discussion.

CHAPITRE VIII

INDICATIONS DE L'INTERVENTION

Nous voici arrivé à la dernière partie de notre travail inaugural. Nous avons discuté si, théoriquement, les ovaires peuvent avoir une action sur les troubles nerveux hystériques, et nous pensons avoir démontré que l'affirmative est justifiée. Nous avons vu qu'au point de vue clinique, l'influence des lésions génitales sur le développement de l'hystérie est indéniable, et que, dans certains cas, la castration est le seul moyen thérapeutique utile ; nous allons maintenant essayer, nous basant sur les documents réunis dans les chapitres précédents, de poser les indications de l'intervention. Mais, pour pouvoir proposer une opération en toute conscience, il faut connaître les troubles qu'elle peut amener avec elle, les dangers et les inconvénients qu'elle entraîne ; il faut aussi apprécier tous ses avantages, et ainsi il est possible de mettre en balance : inconvénients et bénéfices ; de cet examen découlera la conviction.

C'est certainement endosser une bien grande responsabilité que de pratiquer une opération comme la castration. Car ici ce n'est pas une diminution seulement de la personne, ce n'est pas un bras amputé qui ne manque qu'à l'individu qui le possédait, c'est une diminution, une perte considérable pour la race ; c'est, par une intervention parfois peu réfléchie, supprimer dans l'œuf, pour ainsi dire, des séries d'indi-

vidus qui auraient pu être utiles à l'humanité. Et c'est bien dans ces cas que l'intérêt général doit être respecté, surtout quand il est compatible avec l'intérêt individuel.

Pour montrer les graves inconvénients que peuvent avoir les castrations inconsidérées, nous ne pouvons mieux faire que de répéter les paroles indignées que Zola, dans *Fécondité*, met dans la bouche du Dr Boutan : « Si vous saviez quel effroyable mal ils (les chirurgiens) sont en train de faire à la patrie, à l'humanité!... châtrer ainsi une femme est simplement un crime, lorsqu'il n'y a pas nécessité absolue. Il faut qu'il y ait danger de mort, il faut que toute intervention médicale soit reconnue insuffisante. Sur vingt femmes qu'on opère aujourd'hui, quinze au moins pourraient être guéries par des soins intelligents... opérer des chlorotiques, des nerveuses, c'est insensé, c'est digne du cabanon et du bagne... Souvent, la femme n'est pas prévenue, ni le mari, ni la famille, et elle n'apprend ce qu'on a fait d'elle qu'en lisant la feuille d'observations. Baste! ça n'a pas d'importance, une femme de moins, une épouse et une mère de moins!... Et vous savez où nous en sommes. Dans les hôpitaux on en châtre deux ou trois mille par an... On estime à cinq cent mille, à un demi-million, les femmes de France dont on a fauché, arraché la fleur de maternité, comme une herbe mauvaise... Toute cette mode de castration est ainsi basée sur une vaste tromperie, car il ne s'agit pas de savoir si l'opération réussit en elle-même, il faudrait suivre ensuite les opérées, étudier ce qu'elles deviennent, quels sont les résultats définitifs au point de vue individuel et social. »

Ce sentiment du souci de la reproduction est de tous les temps et de toutes les nations. La suppression des ovaires est, dans certains pays, considérée comme infamante. La loi, elle-même, a senti combien il est important d'éviter toute disparition des moyens de reproduction; aussi autre-

fois le Code français punissait-il de mort la castration criminelle, et maintenant l'article 345 du Code Napoléon édicte-t-il des peines sévères pour ce même délit.

Si nous venons d'insister surtout sur l'intérêt social, il ne faut pas oublier cependant l'intérêt individuel : nous trouvons ici encore un fait qui doit nous rendre circonspects, c'est la mortalité pour ovariectomie. Certes, la technique antiseptique, le manuel opératoire ont fait d'énormes progrès et la mortalité a diminué d'autant, mais elle est encore de 3 à 4 pour 100 et il paraît bien difficile de l'abaisser beaucoup.

Aussi, l'opérateur, avant de décider l'intervention, devra penser à ces 3 ou 4 qui restent en route, et ainsi il ne s'engagera qu'à bon escient.

Voici, certes, passés en revue des inconvénients d'une importance capitale qui doivent nous faire réfléchir, mais non pas reculer.

Il est des cas où nous devons prendre sur nous de décider l'opération. Quels seront alors les avantages que pourraient en retirer les malades ?

Nous le dirons en quelques mots : la suppression des phénomènes douloureux et névropathiques gênants ou dangereux.

Lorsqu'on a suivi de près une de ces malheureuses pour lesquelles tout plaisir dans la vie est brutalement interrompu par une douleur aiguë ou par une crise nerveuse, on comprend combien il est difficile de refuser à ces malades une intervention qui peut les guérir.

Ce sont de véritables invalides chez lesquelles le moindre mouvement est une souffrance, la plus petite émotion le point de départ des crises à grands mouvements. Leur caractère se ressent de ce triste état de santé : fantasques, capricieuses, mélancoliques, acariâtres, en se rendant malheu-

reuses, elles tourmentent leurs proches, « vampires suçant le sang des gens bien portants autour d'elles (WENDEL HOLMES) ». Occupent-elles une situation modeste, ce sont des inutiles, lourde charge pour une famille. Appartiennent-elles à un milieu social plus élevé, elles ne peuvent accomplir leur devoir de maîtresses de maison et s'attristent de ne pouvoir prendre part à la vie heureuse qui les entoure.

A cela, répondra-t-on peut-être, qu'une femme peut bien souffrir pour avoir la chance de devenir mère. Oui, certes, mais nous savons que si cela n'est pas impossible, c'est cependant assez rare de voir des femmes dont les organes génitaux sont lésés devenir enceintes. Et, ensuite, nous pouvons nous demander s'il est désirable qu'il naisse un enfant d'une femme hystérique, souvent déséquilibrée, parfois affaiblie par la maladie. Est-ce vraiment une race qu'il faille continuer ? Nous n'ignorons pas l'importance de la responsabilité que l'on prendrait en se laissant guider par ces considérations, cependant ces dernières diminueront le regret de l'opérateur obligé de faire une castration.

Les considérations que nous venons d'exposer sont certainement approuvées par tout le monde, mais nous allons étudier quelques faits sur lesquels l'opinion n'est pas assez fixée. Certes, si parmi les inconvénients de la castration nous mettons au premier rang la mortalité opératoire et la suppression de toute maternité future, il ne faut pas oublier que, pour certains auteurs, les troubles suivant cette même opération sont assez considérables pour en aggraver le pronostic. Quels phénomènes déterminerait la castration dans l'organisme ? Ils seraient nombreux et fréquents, depuis les bouffées de chaleur, les états neurasthéniques, la folie, l'hystérie jusqu'aux symptômes de congestion, d'adipose et aux modifications du sens génital. Certes, voilà une énumération bien inquiétante et on doit s'étonner qu'un chirurgien

ose encore pratiquer une intervention aussi féconde en méfaits. Pour expliquer la conduite quand même des interventionnistes, nous avons recherché si les cas d'hystérie ou de folie consécutives étaient fréquents; nous avons conclu: non. Les bouffées de chaleur sont passagères et pas plus sérieuses que celles de la ménopause. Les états neurasthéniques semblables à tous ceux qui suivent une intervention grave sont rapidement arrêtés par un traitement énergique. Enfin, voici le dernier grief reproché à la castration: la modification, diminution très souvent, du sens génital. Sur ce sujet, nous avons compulsé les statistiques, en particulier M. le professeur Tédénat a bien voulu consulter ses notes et nous confirmer que ces modifications étaient absolument exceptionnelles et bien peu dignes d'entrer en compte.

QUAND Y A-T-IL INDICATION?

Nous avons maintenant entre les mains toutes les pièces du procès: observations, opinions des auteurs, dangers et avantages de l'intervention: de l'examen de tous ces documents, nous allons tirer des indications. En un mot, nous nous demanderons quand il faut opérer.

La réponse sera souvent difficile à donner et la décision embarrassante à prendre; en effet, si nous pouvons nous trouver en présence de cas chez lesquels l'intervention s'impose, nous aurons parfois à hésiter avant d'opérer.

Tout d'abord, à notre avis, il est une chose indispensable pour agir chirurgicalement: c'est reconnaître de façon précise l'existence d'un rapport de cause à effet entre les troubles de la zone ovarienne et les phénomènes hystériques.

Nous comprenons, en effet, facilement que si nous pouvons démontrer l'influence incontestable des désordres

génitaux internes sur la production des crises, il nous sera permis, du même coup, d'agir directement sur les organes reproducteurs pour traiter ces troubles nerveux.

Et vraiment, les rapports de cause à effet dont nous parlions plus haut peuvent-ils être niés, lorsque les phénomènes hystériques se sont produits chez une malade de la façon que nous allons exposer maintenant.

Une femme n'a présenté rien de particulier pendant son premier âge. La menstruation, le mariage, la grossesse même, n'ont provoqué chez elle aucun trouble nerveux. Or, voici qu'après une couche, une inoculation gonococcique ou autre cause capable de léser l'appareil génital interne, apparaissent des désordres au niveau de ce dernier appareil : douleurs lombaires, vomissements, pesanteur hypogastrique, douleur surtout violente au niveau d'une fosse iliaque, bref tous les symptômes d'une salpingo-ovarite aiguë. Des soins sont donnés à la malade qui voit l'acuité des phénomènes disparaître, mais on remarque qu'alors elle est devenue irritable, nerveuse, elle présente des douleurs à forme névralgique au niveau des zones ovariennes ; à l'examen : la pression de ces dernières détermine une sensation de constriction, parfois même produit une véritable crise d'hystérie à grands mouvements. En un mot, la malade est devenue une véritable hystérique.

Il ne sera pas audacieux dans ce cas, semble-t-il, d'affirmer l'influence causale de la lésion génitale sur la névrose. Nous serons d'ailleurs d'autant plus confirmé dans cette idée, que nous remarquons une recrudescence des incidents nerveux coïncidant avec une poussée du côté des annexes ou avec l'apparition des règles.

Et, au contraire, si nous ne possédions pas ces renseignements, si nous ignorions ces derniers, sur quoi pourrions-nous nous baser pour supposer que le point de départ des

phénomènes hystériques est l'appareil génital interne ? N'ayant aucune donnée précise, nous devrions, dans le doute, nous abstenir de tout acte chirurgical. Donc, voici un point bien acquis : il est nécessaire, pour pouvoir opérer, de reconnaître avec précision un rapport de cause à effet entre les troubles de l'appareil génital interne et l'hystérie concomitante.

Est-ce tout, et après la constatation de tels rapports, serons-nous en droit d'intervenir ? ou, autrement dit, dans le cas où les annexes seraient saines et joueraient un tel rôle causal, pourrait-on faire l'ablation ? Il est fort difficile de prendre parti dans une telle question. Nous répondrons : dans l'immense majorité des cas, il faudra, pour opérer, reconnaître en même temps que le précédent rapport de cause à effet, les lésions qui siègeront sur les organes génitaux internes. Or, on a répondu à cela qu'il était trop souvent impossible de reconnaître l'état des annexes, et que, par conséquent, on ne pouvait tirer de l'examen de ces dernières une indication pour le traitement. TERRILLON, TERRIER, SPENCER WELLS, dont l'expérience est considérable cependant, affirment une telle impossibilité.

Nous nous permettrons de faire pourtant remarquer que, dans un certain nombre de cas, le diagnostic de lésion s'impose.

Dans les autres, une certaine habitude du toucher et une analyse serrée des symptômes permettent d'éviter souvent une erreur de diagnostic. Aussi, en dernière analyse, il ne restera que quelques rares malades chez lesquelles on ne pourra porter de diagnostic de lésion, mais quelle est la maladie où ce dernier puisse se faire avec autant de précision ?

Parmi les moyens dont nous pouvons disposer pour juger de l'état anatomique des ovaires, nous devons placer au premier rang : la constatation de l'insuffisance ovarienne.

Si nous soupçonnons des lésions ovariennes, sans pouvoir les vérifier par l'examen direct (contracture des muscles abdominaux), nous serons confirmé dans notre supposition en constatant chez la malade des bouffées de chaleur, des sueurs abondantes en crise, un état neurasthénique un peu spécial (asthénie neuromusculaire, céphalée, insomnie, changement de caractère). Tous ces symptômes d'insuffisance ovarienne seront d'autant plus intenses que les femmes seront plus âgées, ainsi que JAYLE l'a fait remarquer fort judicieusement.

De cette petite discussion, il ressort, en somme, qu'on peut, en général, faire le diagnostic de la lésion ovarienne et que quand celle-ci paraîtra, avec netteté, être la cause de l'hystérie, l'opération s'impose.

Éliminons maintenant deux cas possibles : une hystérique héréditaire et ancienne présente récemment des lésions annexielles. Même si les phénomènes nerveux se sont localisés au niveau des fosses iliaques, nous n'opérerons pas pour obtenir la cure de la névrose, cette dernière n'est pas, en effet, produite par la maladie des ovaires. Elle existait avant l'affection génitale, celle-ci n'est que postérieure et surajoutée.

A plus forte raison chez une hystérique héréditaire et ancienne n'enlèverons-nous pas les ovaires sains, car nous ne croyons plus à l'origine purement génitale de la névrose en question.

Et nous arrivons ici à une question plus embarrassante : supposons une femme chez qui on peut affirmer l'intégrité des annexes et de l'utérus ; elle n'avait pas d'antécédents névropathiques ; or, un jour, sans cause apparente, au moment de ses règles, elle a une sensation d'étouffement qui peut aller jusqu'à la grande crise d'hystérie et à partir de ce moment, régulièrement tous les mois au moment de ses

règles et seulement alors, elle représente les mêmes incidents hystériques.

Ceci dure depuis longtemps. Ici l'influence de la menstruation est certaine ; doit-on opérer ou non ? Après ce que nous avons dit plus haut, on comprendra combien, à notre avis, les hésitations doivent être grandes. Il s'agit d'un organe parfaitement sain, dans un état lui permettant d'accomplir son rôle de façon normale ; ce n'est pas sans réflexion que nous allons en priver la malade. Cependant si les crises sont graves, rendent la femme qui les présente incapable de jouer son rôle social, si les accidents hystériques ne se produisent qu'à l'occasion des règles, et si enfin tout autre traitement a complètement échoué, nous serons en droit de proposer une intervention.

Les indications d'un traitement chirurgical de certains phénomènes hystériques sont donc posées ; devons-nous en conclure que chez toutes les malades présentant les conditions énumérées nous devons pratiquer une opération ? Non, certes, car auparavant il est absolument nécessaire d'avoir épuisé la gamme des moyens médicaux. Ces derniers ont au moins l'avantage de n'être pas dangereux ; de plus, ils enlèvent parfois par leur action, au bistouri, certaines femmes qui, sans eux, eussent été opérées. Nous ne passerons pas ici en revue tous ces agents thérapeutiques médicaux, ce serait sortir de notre sujet.

Nous devons ensuite, avant de décider une intervention chirurgicale, voir si le mal à combattre est digne des moyens que nous allons employer contre lui. Si les phénomènes hystériques sont légers, compatibles avec une existence à peu près normale, il faudra se contenter de pallier à ces désavantages passagers ou bénins par un traitement médical ; ne perdons pas de vue qu'une opération amène, malgré l'habileté de l'opérateur, une certaine mortalité. Le jeu en vaut-il la chandelle ? Voilà la question qu'il faut résoudre.

Enfin avant de voir, quel mode d'intervention est à employer, nous poserons deux contre-indications absolues : 1° le chirurgien n'est pas sûr de la corrélation qui existe entre la lésion annexielle et l'hystérie. S'il opérât dans ces conditions, il s'exposerait à des insuccès très fréquents. C'est ainsi, en effet, que nous pourrions expliquer combien peu nombreux sont les auteurs qui ont retiré de l'opération tout le bénéfice qu'ils en espéraient. En effet, lorsqu'on lit les observations rapportant ces mécomptes, on s'aperçoit que la plupart du temps les opérateurs ont enlevé des organes lésés chez des hystériques, ou même des ovaires sains chez des névropathes, mais on est frappé de l'absence d'indications au sujet du rapport entre le début de l'hystérie et des troubles des organes génitaux internes. Aussi ne faut-il pas rendre responsable une méthode, des maladresses ou des exagérations de ceux qui l'appliquent sans discernement.

La seconde contre-indication, c'est la présence chez la malade d'une grave tare pathologique (cardiopathie, lésions avancées pulmonaires, etc.). Dans ce cas, le bénéfice ne vaudrait pas le danger possible, il faut s'abstenir.

Ainsi posé, le problème est parfois bien difficile à résoudre et on ne saurait trop prêcher la prudence en pareil cas. BRODIE écrivait : « Les conseils que j'aurai à vous donner à ce sujet seront, le plus souvent, d'ordre négatif. Il ne s'agit pas tant, en effet, de ce que vous devez entreprendre que ce dont vous devez savoir vous abstenir ». Cependant, il ne faudrait pas tomber dans l'excès contraire et laisser souffrir et s'anémier les malades, sous prétexte de prudence, alors qu'une intervention chirurgicale peut les guérir.

Si l'opération nécessaire entraîne la stérilité, la femme doit être prévenue des inconvénients de l'intervention, afin qu'elle se décide en connaissance de cause. Parfois, au contraire, il faudra résister au désir de certaines femmes

qui, sous prétexte de douleurs et de troubles annexiels, voudraient se faire châtrer alors que leur crainte de l'enfant est seule en jeu.

Il sera prudent aussi, avant d'agir chirurgicalement, de prendre l'avis d'un neurologue autorisé. Cette consultation mettra l'opérateur à l'abri de certains soupçons et lui permettra d'intervenir en toute sécurité, avec la certitude que tout ce qui était médicalement possible de faire a été essayé.

Avant de terminer cette partie des indications nous devons faire encore une restriction. Si la femme qui vient demander un avis est près de la ménopause, si des troubles nerveux ne mettent pas sa vie en danger, nous déconseillerons l'opération et souvent avec l'arrivée de la ménopause s'effectuera le départ des phénomènes névrosiques. En un mot : ménopause proche = abstention.

DU CHOIX DE L'INTERVENTION

Les précautions sont prises pour éviter une erreur de diagnostic, c'est bien de l'hystérie qui est en jeu, ce sont bien des lésions des organes génitaux internes qui en sont la cause, c'est donc sur ces derniers organes qu'il faudra agir.

De quelle façon ? C'est ce que nous allons voir.

Fidèles au principe que nous avons émis chemin faisant, nous utiliserons d'abord les moyens les moins dangereux.

Une annexite bien caractérisée, subaiguë, quelques adhérences sont-elles le point de départ de tous les accidents, nous devons essayer de calmer les phénomènes inflammatoires par des enveloppements humides du bas-ventre (PRIESSNITZ) qui agissent avec tant de sûreté comme nous avons pu le voir bien des fois dans le service de notre maître, M. le professeur TÉDENAT. Pour compléter ce traitement,

il sera administré des lavements rectaux et des injections vaginales très chaudes ; le régime sera très sévère et l'intestin tenu libre. Parfois, des moyens thérapeutiques aussi simples et aussi anodins calmeront l'inflammation, la douleur et les phénomènes nerveux, prouvant, du même coup, que ces derniers provenaient de lésions annexielles et qu'il ne faut pas toujours inciser et couper pour guérir (observations II et IV.)

Malheureusement il n'en sera pas toujours ainsi. Quand les adhérences seront anciennes, quand les lésions utéroovariennes seront établies depuis longtemps, il faudra avoir recours à des interventions plus énergiques. Ici encore, nous serons aussi conservateurs que possible. Deux opinions sont en présence : les uns pratiquent la laparotomie, ils lui prêtent l'avantage de limiter la résection des organes. En effet, disent-ils, l'abdomen une fois ouvert on voit bien à quelles lésions on a affaire, on peut ainsi, selon les cas, rompre simplement quelques adhérences, cautériser ou extirper un ovaire et enfin, si les désordres sont trop graves, on peut en arriver à l'hystérectomie. Dans l'ablation utéroovarienne par la voie génitale, on s'expose à enlever des organes qui ne présenteraient que des lésions légères ou nulles.

— Mais, répondent les partisans de cette dernière opération, nous n'intervenons que quand notre diagnostic d'affection grave est posé et nous avons d'ailleurs en agissant aussi radicalement des chances beaucoup plus nombreuses de guérison complète. Les troubles généraux consécutifs sont moins marqués, fait remarquer JAYLE.

RICHELOT, DOYEN, et M. TÉDENAT déclarent que dans un certain nombre de cas, il suffit de réséquer quelques adhérences, de fixer un utérus ou de corriger une cicatrice douloureuse pour obtenir la guérison (observation II).

A ces partisans de la laparotomie se joignent LUCAS-

CHAMPIONNIÈRE, POZZI (dans le cas de lésions ovariennes seules); BOUILLY et en général tous les opérateurs qui ont eu à intervenir dans de telles conditions. Tous ces auteurs diffèrent par l'étendue des organes qu'ils enlèvent. Les uns conseillent, dans certains cas d'ovaires sclérokystiques, de se contenter de l'ignipuncture ou de la résection partielle de l'organe, il suffit, en effet, d'enlever l'épine, si petite soit-elle. D'autres, considérant l'ovaire atteint même légèrement comme sacrifié, n'hésitent pas à l'enlever de propos délibéré (observation I); enfin quelques-uns arrivent jusqu'à l'hystérectomie abdominale (observation III).

REYNIER, RICHELOT et POZZI se montrent partisans de l'hystérectomie vaginale, soit d'emblée, soit secondaire. RICHELOT apporte 15 cas, dans lesquels, après l'insuccès d'une castration, il a dû pratiquer l'ablation de l'utérus et des trompes par la voie vaginale et cela, suivi de guérison parfaite et durable.

Voici donc des avis bien différents; quelle ligne de conduite pouvons-nous en tirer? Des lésions des organes génitaux internes ont été diagnostiquées, nous devons être opportunistes et conservateurs au point de vue chirurgical.

Pratiquons la laparotomie; y a-t-il des adhérences, rompons-les, et réséquons les plus volumineuses (obs. II); une portion de l'ovaire est-elle sclérokystique, supprimons-la, brûlons-la. L'ovaire et la trompe sont-ils le siège de lésions avancées, réalisons l'oophoro-salpingectomie unilatérale: Les désordres sont-ils bilatéraux, c'est à la castration double que nous aurons recours (obs. I).

C'est seulement quand nous aurons tenté une de ces interventions en vain, que nous pourrons pratiquer l'hystérectomie vaginale. Cette dernière sera cependant indiquée quand une suppuration salpingienne en présente la nécessité.

Un dernier point à élucider : faut-il entourer l'opération d'un grand appareil pour frapper l'imagination de la malade et agir sur elle par suggestion ? C'est inutile, répondrons-nous, malgré l'avis de WEBSTER, l'opération n'agit pas par suggestion, mais parce qu'elle enlève la cause provocatrice de la névrose.

Nous ajouterons même qu'il est dangereux de faire étalage d'une instrumentation effrayante. Nous savons combien les hystériques sont émotives, combien la chloroformisation est chez elles dangereuse, et nous irions augmenter sciemment une frayeur qui leur est déjà si préjudiciable !

Et d'ailleurs, comme le fait fort justement remarquer JANET, la suggestion ne donne pas toujours les résultats qu'on prétend, et parfois des tentatives malheureuses en créent une en sens contraire ou renforcent celle qui existait. Aussi conseillerons-nous d'éviter tout appareil inquiétant et de faire une injection de morphine une heure avant l'intervention afin de calmer le nervosisme de la malade et de diminuer aussi les chances de la syncope du début (REYNIER et LUCAS-CHAMPIONNIÈRE).

Nous ne reviendrons pas sur la question de savoir quels résultats donnent de telles interventions, nous avons employé une partie de notre travail à essayer d'élucider cette question ; nous nous demandons combien de temps après le traitement chirurgical, nous pourrions affirmer la guérison de la malade ou l'insuccès de notre essai.

Nous avons, en effet, souvent rencontré, au cours de notre étude, des observations publiées très tôt, parfois un mois après le traitement. Il nous semble qu'il est bien hâtif de conclure alors, pour une maladie comme l'hystérie, décevante, irrégulière dans ses formes et la durée de ses phénomènes, sujette à de nombreuses rémissions. Nous ne devons pas affirmer trop rapidement la victoire, car souvent après

un succès qui paraissait permanent, la névrose reparait de plus belle. De même, il ne faut pas perdre courage trop tôt et croire à un échec complet lorsque, après 15 jours, la malade n'accuse pas d'amélioration. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a insisté en effet sur ce fait. Ce sont les névrites ascendantes qui produisent les douleurs persistant après intervention sur la zone génitale. Tant que les nerfs lésés ne sont pas atrophiés, affirme LAWSON TAIT, les douleurs et les phénomènes hystériques peuvent exister encore, tout comme les névralgies des amputés.

On peut, parfois, expliquer le retour de phénomènes nerveux qui paraissaient disparus, par quelque congestion dans la zone génitale due sans doute à une sorte d'habitude menstruelle.

LE DENTU signale enfin la possibilité de guérisons tardives (deux ans), par une extirpation incomplète des trompes lésées ou par des kystes développés à ce niveau, sous l'influence de ligatures mal placées.

Nous concluons donc, dans ces dernières remarques, que la plus grande prudence s'impose dans l'appréciation des faits et qu'une observation rapportant une terminaison quelconque, succès ou non, ne devra être tenue pour valable qu'un an après l'intervention.

CONCLUSIONS

I. — Une relation entre certaines affections de l'appareil génital interne de la femme et des manifestations hystériques est indéniable.

II. — La présence de ces accidents nerveux peut entraîner la nécessité d'une intervention, celle-ci pouvant alors, en s'attaquant à la lésion, cause provocatrice des accidents, amener leur disparition.

III. — Le traitement chirurgical ne sera indiqué qu'après la démonstration évidente du rapport de l'affection et des troubles nerveux. Employé avec discernement et prudence, il donne d'excellents résultats.

IV. — Il ne devra être utilisé qu'après un essai prolongé et inefficace des moyens médicaux et qu'après constatation évidente des lésions génitales.

V. — La voie abdominale est celle qui devra être employée dans la très grande majorité des cas ; l'opération sera aussi conservatrice que possible.

VI. — Dans aucun cas, l'intervention chirurgicale ne saurait être regardée comme traitement de la névrose essentielle, indépendante des lésions locales.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 19 mai 1905.

Pour le Recteur :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

P. GACHON.

Vu et approuvé :

Montpellier, le 19 mai 1905.

Le Doyen :

MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLEN. — Hystery and hyst-epilepsy. Their treatment by operative and non operative procedures. (Toledo med. and surg. reporter 1895).
- ANGELUCCI et PIERRACINI. — Rivista sper-di frenatria e med. legale, vol. XXIII, fasc. II, 1897.
- ARCHIVES DE PHYSIOLOGIE, 1891 (p. 496).
- BABINSKI. — Définition de l'hystérie. Paris, Masson, 1901.
- BALDY (J.-M.). — Phila. Med. Journal 1898, II, p. 130.
- BANDLER. (S. W.). — Med Rec. N. Y., 1901, I. IX, p. 405.
- BATTEY. — American Journal of med. sciences, octobre 1886.
- BEAHAN. (A. L.). — Tubovarian adhesions their reflexes. J. am. med. ass. Chicago, 1900, XXXV, p. 539 540.
- BINANT. — Thèse Paris, 27 octobre 1904. De l'hystérie en chirurgie.
- BINET-SANGLÉ. — Revue de l'hypn. et psych. physiol. Paris, 1901, XV, 257-266.
- BINSWANGER (O.). — Die hysteria, 934 p. Vienne.
- BLOCQ. — Des stigmates hystériques. Gaz. des Hôp. 21 mai 1892.
- BLOCQ. — Traitement de l'hystérie. des hôp. 21 mai 1892.
- BOLDT (H.-J.). — Fonctionnal Nevroses. N. York. M. J. 1899. LXIX. 181-185.
- BRISAUD. — Hystérie provoquée. Gaz. des Hôp. 23 nov. 89.
- BROCKMAN. — West. Med. Rev. Lincoln 1900. V. 83-85.
- BROCKMAN. — Oophorectomy for gross functional Nervous diseases. Ann. gynec. a. pediat. Boston 1900. XIII, 310-316.
- B. BRODIE. — London 1837. Lectures of certain local nervous affections. p. 77.
- BULKLEY. — (I.-D.). — J. am. Med. Ass. Chicago 1898, XXX. 62-65.
- BURKART. — Berlin. Klin. Wochenschrift, 1887.
- BYCHOFFSKY. — Hystérotraumatisme interne. Thèse Paris, 7 juin 1893.

- CHAILLOUS. — Gaz. des Hôp., 1897, LXX, p. 947.
- CHAMPIONNIÈRE (LUCAS) — Arch. de Tocologie, 1887, p. 658.
- CHARCOT. — Progrès médical 1885. Leçons sur les Maladies du système nerveux. t. I. Leçon II, p. 449, t. III, leçons 3, 7, 8, 20, 25.
- C. CHIARLEONE. — Isterisimo e castrazione. Gaz. d. Ospedali, n° 8 et 9. 1888.
- CLARKE (A.-P.). Am. J. Obst. N. Y. 1894, XXX, p. 447.
- COELHO S) — Ovarites e suggestio. Med. contemp. Lisb. 1902, XX, 28.
- COKENOWER (J. W.). — A plea for conservative operations on the ovaries from a neurotic standpoint. Journ. of the Amer. Med. Assoc., 17 déc. 1904.
- COLIN. — Revue de psychiatrie. Mars 1903.
- CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE 1895.
- CONGRÈS DE CHIRURGIE (Paris) 1887.
- — — 5^e session 1891, p. 230.
- CORNÉLIUS. — Vien. Med. Wochenschrift, 2, 9, 16, 23 janvier 1904.
- COSTIN. — Bull. et mém. de Soc. de chir. de Bucarest, 1900, II, 105-107.
- CURRIER (A.-F.). — Ann. gynéc. et obst. Journ. New-York, 1898, XIII, p. 20.
- CUYLITS. — Pathogénie et traitement chirurgical de l'hystérie. Press. Méd. belge 1900.
- DANA (C.-L.). — Hysteria and organic disease. Med. Rec. New-York 1902, LXII, p. 443.
- DEBOVE et ACHARD. — Manuel de thérapeutique. Paris, 1903. Vol. II, p. 194.
- DEBOVE. — Soc. méd. des Hôp., 18 nov. 1893.
- DELAUNAY. — Opérations partielles sur l'ovaire. Paris. Thèse 1893.
- DEMONS et VERDELET. — Revue mensuelle de gynéc. obst. et pédiat. de Bordeaux 1900, II-139-143.
- DERCUM (F.-X). — Pelvic diseases and neuroses. Philad. Med. Journ. 1899, III-687.
- DICTIONNAIRE encyclopédique des Sciences médicales. T. XVII, p. 734.
- DONALD (Mac.-W.-O.). — Pelvic neuritis. Ann. Journ. obst. New-York 1899, XXXIX-156-162.

- DUBALLEN. — Les troubles de la sensibilité cutanée et les maladies des organes génitaux de la femme. Bordeaux. Thèse 1901. N° 58.
- DUFF (J.-M.). — Some reflexe disturbances due to pelvic disease. Journ. Ann. Med. Ass. Chicago 1898, xxx-24.
- DUNN (B.-S.). — Ann. gynéc. et pédiat. Boston 1898-1899, xii-219-245, et Ann. Journ. Surg. et gynéc. Saint-Louis 1898 1899, xi-117-119.
- DUPIN-DULAU. — Hystérie et maladies gynécologiques. Thèse Bordeaux. 1902. N° 57.
- DUPLAY. — Gaz. des Hôp., 1892, p. 1093.
- EASTMAN (J.). — Journ. Ann. med. Ass. Chicago 1898, t. XXXI, p. 570.
- EDES (R.-T.). — The relations of pelvic and nervous diseases. Journ. Ann. med. Ass. Chicago 1898, xxxi-1133-1136.
- FOGES (A.). — Centralblatt f. d. greizgeb. d. M. n. ch. Iena 1898, I, p. 129.
- FRIEDREICH. — Zur Behandlung der Hysteria Wirchows Archiv. T. 90.
- FRY (Franck.-R.). — Philadelphia medic. Journal, 31 août 1901.
- FURET. — De l'hystérie dans ses rapports avec certains états morbides. Thèse de Paris 1888.
- GAILLARD (Thomas). — Traité clinique des maladies des femmes (trad. Lutaud 1879, p. 717).
- GILLES DE LA TOURETTE. — Traité de l'hystérie, 1895. Baillière, p. 537.
- GLÉNARD. — Progrès méd., 8 mars 1902, p. 145.
- GLEYS. — Année biologique 1897, p. 316.
- GLOEVECKE. — Arch. f. gyn. Bd. xxxv-1889, p. 1.
- GOLFE (J.-R.). — Hysterectomy et the nervous system. Amer. med. 19 novembre 1904.
- GRASSET. — Hystérie, dans le Dictionnaire encyclop.
— Leçons sur l'hystérotraumatisme 1889, et Archiv. gén. de médecine. Janvier 1903, p. 19.
- GRASSET et RAUZIER. — Maladies du système nerveux. T. II. p. 829 et p. 719.
- GRESNIER. — Thèse agrégation, 1886. Paris.
- GUINON. — Les agents provocateurs de l'hystérie. Thèse Paris, 1889.

- GUINON. — Hystérie et chirurgie. Rev. de Chirurgie, 1888. N° 11.
- GUINON. — Progrès méd., 1888.
- HAHN (H.). — Sitgunst. A. Gesselsch. f. Morth. u. physiol. in München. 1902-03. XVIII, p. 3-46.
- HAMMOND (F.-P.) — Genital neuralgia and genitoreflex pains. Phila. M. J., 1899. III, 552.
- HECKER (E.). — Die Behandlung der Hysterie. Therap. Monatsch. Berl., 1894. VIII, p. 143-206.
- HEGAR. — American Journ. of med. sciences. Oct 1886.
- HOLST. — Archiv. f. psych. und Nervenheilk, XI-3.
- HUCHARD. — 1° Hystérie locale. Journ. des Praticiens, 29 janv. 1898;
2° Hystérie dans ses rapports avec divers états morbides.
Union méd., 1882.
- HUMISTON (W.-H.). — The graver nerve disturbances due to organic changes in the genital organs. Ann. gynec. et Pediat. Boston 1898. 9-XII, p. 245.
- JACOBS. — Gaz. de Gynec. Paris 1894. IX-209.
- JANET. — Obsessions et Psychasthénies. T. II, p. 354.
- JANSKY. — Casopis lekaru Ceskych. 16-23 janv. 1904.
- JAYLE. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 3 mars 1886.
- JAYLE. — Presse Méd. 1896, p. 221. Rev. gyn. et chir. abd. 1897.
N° 3, p. 403. XIII° Congrès de Méd. (gynécologie), 1901,
p. 431.
- JAYLE. — Mouvement thérapeutique et médical. 1896. (Hystérectomie vaginale et hystérie.)
- KOEWESE. — Ann. de la Policlin. centr. de Bruxelles. 1902. II-17.
- KINCHELOE. — Hysteria (Amer. practitioner and News, 15 juin 1904).
- KONEFF (S.-M.). — Schluch reflek hysterocpilepsia (Med. besieda Voronej 1894. VIII, p. 321).
- LABADIE-LAGRAVE. — 1° Des névralgies pelviennes. Rev. gén. de clin. et de thérapeut.; 2° Gynécologie, p. 1180 Paris 1898.
XII, p. 197.
- LAMBOTTE. — Pathogénie et traitement chirurgical de l'hystérie.
Press. méd. Belge. Bruxelles 1900.
- LASÈGUE. — Mémoires sur les hystéries périphériques, 1878.
- LEIPSIGER. (H.-A.). — A pseudolaparotomy and its results. Omaha clinic. 1894-95. VII-203.

- LELONG. — De l'intervention chirurgicale dans l'hystérie. Thèse de Montpellier 1902. N° 42.
- LEYDEN. — Soc. de méd. int. Berlin, 6 févr. 1888.
- LINGARO. — Riv. di. patol. nevrose et mentale. Juillet 1904.
- MAGNIN. — De la castration de la femme comme moyen curatif. Thèse Paris, 1886-87.
- MALONE (L.-A.). — Report of a case of hystero epilepsy cured by operative interference. (Tri-state, U. J. Keokuk 1893-94. I, p. 201.)
- MAREY (H.-O.). — The causal relation intra abdominal diseases bear nervous disturbances recognized by gynecologist, ignored by neurologist. (J. am. M. Ass. Chicago 1900, XXXV, p. 534).
- MARTIN. — Thèse de Paris 1893. (N° 40, p. 71.)
- MAYNARD (E.). — Languedoc méd. chir. Toulouse 1900. — 2° s. VIII, p. 311.
- MEIGS (J.-V.). — Ablation of ovaire and tubes for hysteroepilepsy. Boston M. et S. Journal, 1894, XXXI, p. 392.
- MELCHIORRE (Vincenzo). — Lo stato nervoso della donna dipendente dalle alterazioni degli organi genitali ed il suo trattamento. Clin. ostet. Roma, IV, p. 130, 1902.
- MESMARD. — Ann. de la polyclinique de Bordeaux. Avril 1892.
- MOORE. — Am. Ass. Chicago 1898. (Hysteria from a surgical standpoint.)
- MORISSEY (J.-J.). Canad. J. M. et S. Toronto, 1898, IV, p. 291.
- MOYER (H.-M.). — J. Am. M. Ass. Chicago, 1898, XXXI, p. 572.
- MUNDÉ (P.-F.). — Am. gynec. e obst. Journal N. Y. 1898, XII, 51.
- MUNDÉ (P.-F.). — Minor surg. gynec, p. 442.
- MURET (M). — Système nerveux et affections gynécologiques. (Revue médicale de la Suisse Romande. Genève 1894, XIV.)
- NÉGRIER. — Histoire des ovaires. Angers, 1858.
- OPPENHEIM. — (Thatsachliches und hypotetischs weber das Wesen der Hysterie). Berlin. Klin. Wochenschrift, 23 juin 1890, n° 23, p. 554.
- PEAN. — Leçons de clinique chirurgicale, 1886.
- PEARCE (P.-S.). — Ann. gyn. et pédiat. Boston, 1897-98, XI, 861.
- PEARSE (F.-S). — A practical treatise ou nervous diseases. In-8°. Londres 1904.

- PETERSON (F.). — Pelvic disease, cause of nervous affections. J. Am. med. Ass. Chicago 1899, XXXII, p. 640.
- PETIT (Paul). — Les hyperesthésies pelviennes chez la femme. Semaine gynécologique. Paris, 1902, VII, 337.
- PICHEVIN. — 1° Des abus de la castration chez la femme. Thèse Paris, 1889; 2° Semaine gynéc. Paris, 1903, VIII, p. 137.
- PIGNÉ et FABRE. — Bull. et mém. de la Société de Chirurgie de Paris, 29 mars 1899.
- PINESSE. — Thèse. Paris, 1894.
- PITRES. — Leçons cliniques sur l'hystérie. T. I, 1891, et t. II, p. 63.
- PLAYFER. — Obstetric. transactions. London. Vol. XXIII.
— Influence des opérations sur les phénomènes nerveux liés à des affections utéroovariennes. The Lancet 1881.
- POLAILLON. — France méd. 1892. N° 16, p. 254.
- POUCEL (J.). — La Psychothérapie dans l'intervention chirurgicale. Thèse Montpellier 1904. N° 17.
- POTAIN. — Hystérotraumatisme interne. Semaine médicale, 9 déc. 1891.
- POZZI. — 1° Gynécologie, p. 602.
— 2° Rev. de chirurgie, août 1891, p. 622.
- PUECH. — Des ovaires. Paris 1873, p. 125.
- PUTNAM JAMES (J.). — Traumatic. neuroses. The international. Text. book of Surgery. Vol. II. London 1900, p. 979.
- RAYMOND et JANET. — Revue de Neurologie 1899, p. 1086.
- RAYNAUD. — Archiv. gén. de Méd. 1829.
- RELATIONS of nervous disorders in women to pelvic disease. — Tr. Coll. Phys. Philad. 1897, 3, 5, xix-46.
- ROBINSON (B.). — Reflexe neuroses from disturbed pelvic mechanism. Deuver M. Times 1900, XXIII.
- ROSENTHAL. — Presse médicale belge, 1888, p. 363.
- RICHELOT. — 1° Société de chirurgie, 2 nov. 1892 ;
— 2° Semaine gynéc., 1896 ;
— 3° Congrès français de chirurgie, 5^e session 1891, p. 201 ;
— 4° L'hystérectomie vaginale 1894. Observat. II, X et XIII, p. 271.
- SALEN. — Hygiea. Stockolm, 1898, ix-1-25.
- SANDER. — Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie. T. LVI, f. 2, mai 1899.

- SÉCHEYRON. — Gaz. de gynéc. Paris 1900, XV, p. 33.
- SIMS (H. Marion). — Hysteroepilepsy; a report of seven cases by surgical treatment. Amer. Journal of obstetric. Juillet 1893.
- Progrès médical 1881.
- SMALFUSS. — Archiv. für. Gyn. 1885, p. 4.
- SMITH (A.-L.). — Am. Journ. Surg. e. gynec. New-York 1903, II, p. 60.
- SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, 21 février 1903.
- SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Oct. 1886, p. 667.
- SOLLIER. — 1° L'hystérie et son traitement (Alcan, 1901);
— 2° Genèse et traitement de l'hystérie (Alcan, 1897).
- SPENCER WELLS (T.). — American Journ. of med. sciences. Octobre 1886.
- STEINHAUSER. — Deutsche Zeitschr. f. Nervenhe. Leipsig 1901. XIX, p. 369.
- TISSIER. — De la castration de la femme. Thèse Paris, 1884-85.
- TRAITÉ DE CHIRURGIE de Delbet et Le Dentu. T. X, p. 961.
- TRAITÉ DE MÉDECINE de Brouardel. T. X, p. 191.
- TRAITÉ DE PATHOLOGIE générale de Bouchard. T. V, p. 1086.
- VALLET. — Nerfs de l'ovaire et leurs terminaisons. Thèse Paris, N° 317. Mai 1900.
- VELIAMINOW (M.). — L'hystérie en chirurgie (en russe). Roussk. Khirurg Arkh. T. XX, 3-4.
- VOGT. — Sur la genèse et la nature de l'hystérie. XIII^e Congrès de Méd. (Psychiatrie), 1900. Comptes rendus. Paris 1901, p. 135.
- WALTER. — The etiology and cure of hysteria. New-York. M. Jr. 1900.
- WEBSTER. — Diseases of women. London 1898, p. 132.
- WETHERILL (H.-G.). — Neuroses and genital diseases of women. Journ. am. M. ass. Chicago 1899. XXXI, p. 545.
- WINDSCHEID. — Über genitale Reflexneurosen Centralblatt f. gynäk. Leipsig 1901. XXV, p. 1306.
- WINDSCHEID (F.). — Neuropathology and gynecologie. St-Pétersbourg 1898. In-8°.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE PREMIER. — HISTORIQUE.....	12
CHAPITRE II. — DÉFINITION DE L'HYSTÉRIE.....	17
CHAPITRE III. — ÉTIOLOGIE DE L'HYSTÉRIE.....	22
CHAPITRE IV. — RAPPORTS DE L'HYSTÉRIE ET DES ORGANES GÉNITAUX INTERNES DE LA FEMME	28
CHAPITRE V. — REVUE CRITIQUE DES CAS DÉFAVORABLES.	41
CHAPITRE VI. — REVUE CRITIQUE DES CAS FAVORABLES (Observations, leur discussion).....	56
CHAPITRE VII. — REVUE DES OPINIONS.....	80
CHAPITRE VIII. — INDICATIONS ET CHOIX DE L'INTERVENTION.	94
CONCLUSIONS.....	109
BIBLIOGRAPHIE.....	110

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.
